214

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904 **THÈSE** N° –

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 3 mars 1904 à 1 heure.

PAR

Pierre BARBIER

SYPHILIS DE L'ESTOMAC

Président : M. DIEULAFOY, *professeur.*
Juges : MM. DEBOVE, *professeur,*
ACHARD, RICHAUD, *agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
H. JOUVE
15, rue Racine, 15

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL. / BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	BERGER.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	CHANTEMESSE.
Clinique médicale	HAYEM. / DIEULAFOY. / DEBOVE. / LANDOUZY.
Maladie des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND / TERRIER.
Clinique chirurgicale	DUPLAY. / LE DENTU. / TILLAUX.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. / PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	FAURE	LEGUEU	TEISSIER
AUVRAY	GILLES DE LA TOURETTE	LEPAGE	THIERY
BESANÇON	GOSSET	MARION	THIROLOIX
BONNAIRE	GOUGET	MAUCLAIRE	THOINOT
BROCA (Aug.).	GUIART	MERY	VAQUEZ
BROCA (André)	HARTMANN	POTOCKI	WALLICH
CHASSEVANT	JEANSELME	REMY	WALTHER
CUNEO	LANGLOIS	RENON	WIDAL
DEMELIN	LAUNOIS	RICHAUD	WURTZ
DESGREZ	LEGRY	RIEFFEL (chef. des travaux anat.)	
DUPRE			

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

A MON ONCLE DÉVOUÉ

MAITRE A. WOIRHAYE,

Avocat à la Cour d'appel de Paris.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DIEULAFOY

Qui fut mon premier maître en pathologie interne.

A MES AUTRES MAITRES DES HOPITAUX

MESSIEURS LES PROFESSEURS

DUPLAY, FOURNIER, GAUCHER, PINARD,

LE DOCTEUR HUCHARD

En ce jour solennel qui va me voir couronné docteur par la Faculté de Médecine de Paris, j'éprouve un vif plaisir à jeter les yeux sur le passé et à parcourir de nouveau, dans mon esprit, les services dans lesquels j'ai fait mes études cliniques.

Nommé, à la promotion du 1er janvier 1899, externe des hôpitaux de Paris, j'entrais le 1er mars suivant dans le service de clinique chirurgicale du professeur Duplay, à l'Hôtel-Dieu. C'est sous la conduite de ce chirurgien éminent, ainsi que de ses distingués chefs de clinique, dont l'un, le Dr Marion, est actuellement chirurgien des hôpitaux et professeur agrégé à la Faculté, que je fis mon apprentissage chirurgical.

L'année suivante, le 1er mars 1900, j'avais l'insigne honneur de devenir l'externe du professeur Dieulafoy, médecin de l'Hôtel-Dieu. Ce fut là, sous les attraits de la parole du maître, qui, tous les samedis, savait nous plonger tous sous un charme indescriptible, que je pris goût à la pathologie interne. Ce fut là que, pour la première fois, je compris la place importante que doit occuper la diathèse syphilitique dans la pathogénie des affections morbides. Aussi, revenant l'année suivante assister à une des leçons du samedi, où le maître traitait « de la syphilis de

l'estomac », eus-je l'idée d'en faire le sujet de ma thèse, convaincu que la vérole pouvait atteindre l'estomac comme tous les autres organes, et désirant faire tous mes efforts pour en donner la preuve. C'est de toute ma reconnaissance que je salue l'illustre clinicien de l'Hôtel-Dieu qui me fait l'honneur de présider ma thèse, ainsi que son état-major d'élite, j'entends par là tous ses chefs de clinique dont l'un, le Dr Apert, est actuellement médecin des hôpitaux. Parmi eux, je dois remercier avant tout mon ancien interne, le Dr Nattan-Larrier, qui a eu l'extrême obligeance de me communiquer pour ma thèse deux observations inédites.

L'année suivante, le 1er mars 1901, j'entrais dans le service du Dr Huchard, l'éminent praticien de l'hôpital Necker. Ce fut là que je pris goût à l'étude de la thérapeutique et que je compris que, dans la vie médicale, la théorie était peu à côté de la pratique. Je suis heureux de remercier ici cet excellent maître, dont la bonté est sans égale pour tous ses élèves.

Le 15 mai 1902, ayant reconcouru pour l'Externat, j'entrais dans le service du professeur Fournier, à l'hôpital Saint-Louis. Mais malheureusement pour moi, le professeur Fournier était à la fin de sa carrière ; il dut même, pour raisons de santé, s'interrompre prématurément dès le lendemain de mon arrivée dans son service : aussi ne pus-je, à mon grand regret, goûter le fruit des leçons de celui qu'on considère avec raison comme le premier syphiligraphe de notre pays, et même du monde entier.

Au mois de novembre 1902, le Dr Gaucher, nommé professeur de clinique à Saint-Louis, succédait au professeur Fournier. Il est de mon devoir de remercier ici ce maître, rempli de zèle et d'amitié pour tous ses élèves, à qui je dois de connaître la pratique de la Dermatologie ; je dois remercier aussi spécialement ses chefs de clinique, les docteurs Milian et Gastou, pour l'intérêt qu'ils m'ont témoigné dans la préparation de ma thèse.

Le 15 mai 1903, cinquième et dernière année de mon externat, j'entrais dans le service du professeur Pinard, à la clinique Baudelocque. C'est là que je m'initiais à la pratique de l'art obstétrical, en même temps que j'en emportais des idées sociales, comme celle-ci, chère au professeur, inscrite en toutes lettres dans l'Amphithéâtre de la Clinique :

Le lait de la mère appartient à son enfant

SYPHILIS DE L'ESTOMAC

CHAPITRE I

HISTORIQUE

A. — *En France.*

Dans les *Consultations choisies de plusieurs médecins célèbres de l'Université de Montpellier*, publiées à Paris en 1750, nous trouvons deux consultations intéressantes pour nous, l'une de Montagne : *Sur les douleurs d'estomac et dans tous les membres, oppression de poitrine et bubon vénérien*, l'autre de Verni : *Sur une douleur d'estomac avec obstruction sensible à la rate et virus vénérien.* Ces deux cliniciens, dans leur cas respectif, conseillent : « de passer le malade par les frictions mercurielles, le seul remède que l'on peut regarder comme capable de le guérir radicalement. » Voilà donc deux cas anciens

que l'on peut intituler : gastralgie syphilitique. Mais ce n'est qu'en 1838, avec les deux belles observations d'Andral de gastrite chronique résistant à tout traitement et ne cédant qu'au mercure, que commence la phase classique de la syphilis de l'estomac. En 1853, dans son *Mémoire sur l'ictère qui accompagne quelquefois les éruptions syphilitiques précoces*, Gubler signale, dans plusieurs observations, l'existence d'un état catarrhal des voies digestives précédant l'ictère. En 1858, Fauvel présente à la Société anatomique le premier cas de lésions ulcéreuses de l'estomac attribuées à la syphilis. En 1865, Topinard publie dans la *Gazette des Hôpitaux* un cas intéressant de vomissements incoercibles au cours d'une syphilis secondaire qui ne cédèrent qu'au traitement mixte par la voie rectale. L'année suivante, 1866, dans le même journal, Dujardin-Beaumetz publie un cas non moins intéressant d'ulcère de l'estomac guéri par l'iodure de potassium. L'auteur y joint un autre cas analogue, qu'il a observé l'année précédente dans le service de Gubler.

La même année, dans son *Traité de la Syphilis*, Lancereaux rapporte un cas d'ulcération de l'estomac, qu'il rapproche de celui de Fauvel. Deux ans auparavant, en 1864, le même auteur, dans une *Etude sur les lésions viscérales susceptibles d'être rattachées à la syphilis constitutionnelle*, avait rapporté un cas de sténose pylorique par épaississement de la valvule. En 1871, Fournier relate plusieurs cas curieux de boulimie et de polydipsie observés chez des syphi-

litiques à la période secondaire. En 1874, à la Société médicale des hôpitaux, Cornil apporte le premier cas certain de gommes syphilitiques de l'estomac.

La même année, Fioupe publie un cas d'ulcère de l'estomac à marche foudroyante chez un homme atteint d'exostoses syphilitiques des vertèbres dorso-lombaires. En 1875, Trousseau, dans son *Traité de thérapeutique* (IXe édition), cite un cas de gastralgie nocturne avec vomissements guérie par le mercure. En 1878, dans sa *Thèse d'agrégation*, Raymond rapporte un cas analogue, dû à Cornillon. En 1886, dans les *Archives générales de médecine* paraît l'important travail de Galliard intitulé : *Syphilis gastrique et ulcère simple de l'estomac*. La même année, à Bordeaux, le Dr Gouzot passe sa thèse sur le sujet suivant : *Contribution à l'étude des maladies syphilitiques de l'estomac*. L'auteur y rapporte quatorze observations inédites prises dans les services de Vergely, Pitres, Rival, Arnozan. En 1887, dans le *Monatshefte für praktische Dermatologie*, Tavernier de Lille, analysant la thèse de Gouzot, ajoute un cas personnel d'ulcère rond guéri par le traitement spécifique. En 1889, dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, Jullien étudie la dilatation de l'estomac dans ses rapports avec la syphilis et son traitement.

A la séance du 18 janvier 1898 de l'Académie de médecine, le professeur Fournier communique deux belles observations d'hématémèses répétées, ne cédant qu'à l'iodure de potassium. Le 17 mai suivant,

c'était le tour du professeur Dieulafoy de porter à cette même tribune un cas analogue observé dans son service de clinique de l'Hôtel-Dieu. Le 25 juin de la même année, le Dr Dubuc présente enfin à la Société de médecine de Paris, un autre cas de syphilis de l'estomac simulant le cancer.

Le 5 décembre 1900, à la Société médicale de Toulouse, les Drs Baylac et Chamayou communiquent un cas très intéressant de syphilis de l'estomac avec pseudo-péritonite par perforation. En décembre 1901, à une de ses leçons de l'Hôtel-Dieu où j'avais l'honneur d'assister, le professeur Dieulafoy présentait un nouveau cas d'hématémèses abondantes guéries par le traitement spécifique : c'est ce cas, lequel est relaté dans le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* du 10 décembre 1902, qui m'a suggéré l'idée de cette thèse. Enfin l'année dernière, dans le premier numéro de la nouvelle revue *La Syphilis*, le professeur Fournier cite deux cas de sa clientèle, dans lesquels la syphilis de l'estomac simulait le cancer.

B. — *A l'étranger.*

Nous commencerons par la Belgique avec le travail fort intéressant du Dr Jacobs (1) *Sur les troubles*

1. Je dois remercier ici M. le Dr Jacobs de l'extrême obligeance qu'il a eu de m'envoyer un tiré à part de son travail.

gastro-intestinaux de la syphilis, lequel a été publié en décembre 1896 dans les *Annales de la Société de médecine d'Anvers*.

En Espagne, à Barcelone, en 1879, dans la *Revista de Ciencias médicas*, Bartumeus a décrit un cas curieux de gastralgie intermittente syphilitique, accompagnée de vomissements nocturnes.

En Italie, le cas le plus ancien est celui de Capozzi, en 1867 ; il s'agit d'ulcérations multiples de la muqueuse gastrique chez une ancienne syphilitique. En 1893, De Tullio étudie les altérations fonctionnelles des glandes gastriques au cours de la syphilis. En 1899, à Turin, Cesaris-Demel publie un cas fort intéressant d'ulcère syphilitique de l'estomac, ayant entraîné la mort par hémorrhagie dans la cavité péritonéale.

Enfin, en 1902, à Milan, Domenici signale un cas de gastrite chronique guérie par le traitement mixte.

En Roumanie, en 1901, Mamulea publie dans la *Revue Médicale* « Spitalul » un cas d'ulcère syphilitique de l'estomac apparu en pleine période secondaire.

En Angleterre, dans son *Traité des maladies de l'estomac* paru en 1859, Brinton repoussait encore toute relation directe entre la vérole et l'ulcère perforant. Le premier cas d'ulcère gastrique attribué à la syphilis est celui de Murchison, en 1870.

En 1891, Keser publie un cas intéressant d'hématémèses arrêtées par le traitement mercuriel. En 1898, Mackay cite deux autres cas analogues, dont

l'un chez un jeune homme de 25 ans hérédo-syphilitique.

En Amérique, dans son *Traité des maladies de l'estomac* publié en 1897 à Philadelphie, Hemmeter cite deux cas personnels de gastrite aiguë guérie par le traitement spécifique chez les deux enfants d'un père syphilitique. Dans le même ouvrage, l'auteur rapporte également un cas de gastrite diffuse syphilitique constatée au microscope. L'année suivante, en 1898, Flexner, professeur à Baltimore, publie un cas curieux d'ulcère de l'estomac avec lésions vasculaires syphilitiques qui avait entraîné la mort par perforation dans la cavité péritonéale.

En 1900, dans *The Johns Hopkins Hospital Reports,* revue médicale publiée à Baltimore, Hemmeter et Stokes relatent un cas non moins intéressant de gastrite chronique hypertrophique d'origine syphilitique, accompagnée de sténose du pylore.

La même année, à Boston, Hastings publie quatre cas de gastro-entérite mortelle chez des nourrissons atteints de syphilis congénitale. Cette même année encore, dans le *Philadelphia medical journal*, Max Einhorn rapporte six cas cliniques de syphilis gastrique, dont deux cas d'ulcère, deux cas de tumeur et deux cas de sténose pylorique. Notons enfin dans cette même année une étude bibliographique sur la syphilis de l'estomac publiée dans un journal médical de Chicago par Lublinski. Pour en terminer avec la littérature anglaise, citons encore le cas curieux

de Freeman Ward, relaté par Fournier dans le premier numéro de la revue *La Syphilis*.

En Allemagne, dans une étude sur la syphilis constitutionnelle, publiée en 1858, Virchow signale deux cas d'épaississements de la muqueuse gastrique chez des syphilitiques. En 1863, paraît à Leipzig la thèse de Wagner écrite en latin et intitulée : *De syphilomate ventriculi*. L'auteur y rapporte six cas de lésions syphilitiques de l'estomac, dont quatre personnels et deux empruntés à d'anciennes préparations des collections anatomiques de Leipzig, l'une d'elles décrite par Cerutti en 1819. Dans son *Traité d'anatomie pathologique* publié en 1869, Klebs cite un cas d'ulcère gommeux de l'estomac. L'année suivante, en 1870, Rudnew signale plusieurs cas de rétrécissements de l'estomac qu'il a observés à l'autopsie de sujets syphilitiques. En 1871, Oser publie trois cas d'altérations gastriques chez des syphilitiques, le premier chez un adulte, les deux autres chez des nouveau-nés.

En 1873, Schwimme publie un cas de gastro-entérite chez un nouveau-né guérie par le traitement spécifique. En 1876, Goldstein cite un cas d'hématémèses provoquées par des lésions syphilitiques du foie. En 1882, Hiller en cite un autre cas qu'il attribue cliniquement à la même cause. En 1883, dans une étude statistique sur l'ulcère chronique de l'estomac, Berthold signale dans cinq cas la syphilis. En 1887, dans son *Traité d'anatomie pathologique*, Birch-Hirschfeld cite quatre cas de syphilis gastrique

dont deux dans la syphilis acquise et deux dans la syphilis congénitale. En 1896, dans une étude sur la syphilis viscérale publiée à Cassel, Stolper cite un cas intéressant de gommes ulcérées de l'estomac : il y joint plusieurs cas de cicatrices et de dilatation de l'estomac chez des syphilitiques. En 1898, à Berlin, Aristoff publie neuf cas de lésions gastriques syphilitiques constatées à l'autopsie de nouveaunés.

La même année, à Munich, Frankel cite un cas d'ulcérations gommeuses multiples de l'estomac et de l'intestin, dont l'une avait entraîné la mort par perforation péritonéale.

Ajoutons à ces cas celui de Buday, publié dans les *Archives de Virchow* ; il s'agit d'une lésion gastrique syphilitique qui avait évolué à la façon du cancer. Dans ces mêmes archives, en 1900, Oberndorfer décrit un nouveau cas de gommes de l'estomac dans la syphilis congénitale.

En Autriche, le premier cas publié est celui de Drozda en 1880 ; il s'agit d'un ulcère de l'estomac cicatrisé, avec adhérence à la rate. En 1883, Weichselbaum publie à Vienne un autre cas d'ulcérations gastriques à base cicatrisée. En 1884, à Vienne également, Lang fait une étude intéressante des affections syphilitiques du tube digestif.

En 1885, à Prague, Chiari publie son premier cas de syphilis gastrique gommeuse constatée à l'autopsie d'un enfant de trois semaines. En 1891, le même auteur publie un travail assez complet sur la question, où il

cite plusieurs cas nouveaux, dont trois dans la syphilis acquise et un dans la syphilis congénitale. En 1894 enfin, nous trouvons, à propos d'une étude sur les abcès du thymus faite par Chiari dans la *Zeitschrift für Heilkunde*, un nouveau cas de cet auteur de lésions gastriques syphilitiques chez un nouveau-né.

L'année précédente, en 1893, Bittner avait publié, à Prague également, trois cas de syphilis congénitale avec lésions de l'estomac. Enfin, en 1900, toujours à Prague, Scheib publie un cas intéressant d'affection gommeuse de l'estomac chez l'adulte, avec lésions analogues dans l'intestin et les poumons. Pour en terminer avec la littérature allemande, nous ne ferons que signaler les considérations que donnent sur la question de la syphilis gastrique Neumann, Mracek et Zeissl à Vienne, Boas à Leipzig.

En Hollande, Norden, dans sa thèse de professorat soutenue en 1897 à Amsterdam, sur la syphilis de l'estomac, cite trois cas inédits, dont l'un chez l'adulte, et les deux autres chez des nouveau-nés, ces trois cas ayant été traités avec succès par la médication spécifique.

En Pologne, Tymowski rapporte en 1884 plusieurs cas de troubles gastriques guéris par le traitement mixte. En 1893, Zawadzki et Luxenburg publient un cas d'ulcère rond de l'estomac consécutif à des lésions vasculaires syphilitiques. Citons enfin une bonne étude de Robin publiée en 1902 sur les fonctions de l'estomac dans la syphilis.

En Russie, Rosanow publie en 1890 un cas d'ul-

cère de l'estomac avec douleurs nocturnes guéri par le traitement mixte. Enfin, en 1901, Langovoï relate un cas intéressant, dans lequel, croyant à un cancer, on avait pratiqué la résection des 4/5e de l'estomac.

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE

«... Nous ne voyons pas à la vérité, disait Andral, pourquoi des ulcérations des muqueuses profondes (c'est-à-dire viscérales) ne pourraient reconnaître la syphilis pour cause et céder au traitement antisyphilitique ; mais, des observations de ce genre, la science les attend encore ». Eh bien ! elle ne les attend plus aujourd'hui, car, depuis 1838, époque à laquelle Andral écrivait ces lignes, nous avons pu réunir un total de 116 observations, dont 56 vérifiées à l'autopsie.

Sur ces 116 cas, nous en avons trois de personnels ou d'inédits ; nous en empruntons 42 à la France, 28 à l'Allemagne, 18 à l'Amérique, 12 à l'Autriche, 3 à l'Italie, 3 à la Hollande, 2 à la Russie, 2 à l'Angleterre, 1 à la Roumanie, 1 à l'Espagne et 1 à la Pologne. D'après nos statistiques, sur 111 cas où le sexe est indiqué, il s'agissait 74 fois du sexe masculin, et 37 fois seulement du sexe féminin. De

nos 116 cas, 86 se rapportent à la syphilis acquise, 30 seulement à la syphilis héréditaire. Sur 63 cas de syphilis acquise, où l'âge est indiqué, nous en avons 11 entre 16 ans et 25 ans, 11 également entre 25 et 35 ans, 19 entre 35 et 45 ans, 13 entre 45 et 55 ans, 5 entre 55 et 65 ans, 4 enfin entre 65 et 73 : le maximum de fréquence est donc de 35 à 45 ans. Sur nos 30 cas de syphilis congénitale, nous en avons 5 chez des mort-nés, 7 chez des nouveau-nés morts entre 1/4 d'heure et 2 heures 1/2 après leur naissance, 5 entre 2 jours et 40 jours, 6 entre 2 et 6 mois, 2 de 6 à 14 mois, 1 à 3 ans, 2 à 11 ans, 1 enfin à 25 ans.

Quelle est maintenant, d'après nos statistiques, la fréquence des diverses formes ? Sur nos 56 cas anatomiques, il s'agit dans un cas qui nous est personnel d'ecchymoses de la muqueuse gastrique, et dans un de nos deux cas inédits de lésions de péri-gastrite. Nous avons trois cas d'infiltration gommeuse, trois cas d'ulcères avec lésions vasculaires, cinq cas de sténose hypertrophique du pylore, six cas de gommes, six cas de cicatrices, six cas de gastrite diffuse, neuf cas d'épaississements des diverses tuniques gastriques, seize cas d'ulcères gommeux. Parmi nos dix-neuf cas d'ulcérations, la perforation ne s'est rencontrée que dans deux cas ; dans un autre cas, l'hémorrhagie interstitielle des parois gastriques avait fusé dans le péritoine. Nous devons joindre à nos 56 cas anatomiques plusieurs cas de rétrécissements de l'estomac signalés par Rudnew, 9 cas de Stolper

dont six de cicatrices, et trois de dilatation gastrique, enfin 74 cas de Chiari (dont 37 dans la syphilis congénitale) où il s'agit de lésions banales comme le catarrhe de la muqueuse, ou de lésions indirectes, consécutives à des lésions du foie par exemple. Cet auteur, en effet, dans sa statistique de 1891, sur 243 autopsies de syphilitiques (dont 145 dans la syphilis congénitale) n'a trouvé que 3 cas (dont un seul chez l'adulte) relevant directement de la syphilis gastrique ; il y joint deux autres cas (tous deux chez l'adulte) qui lui semblent plus douteux. Il donne comme pourcentage 1,2 o/o (1,3 o/o dans l'hérédo-syphilis, 1,02 o/o chez l'adulte). Avant Chiari, Lang admettait la vérole dans 20 o/o des cas d'ulcère perforant, Engel dans 10 o/o des cas seulement ; Berthold, dans sa statistique de 1883, ne signalait la syphilis que dans cinq cas. Quant à la fréquence des diverses formes cliniques, sur nos 60 cas, nous avons un cas de vomissements incoercibles, deux cas de sténose pylorique, trois cas de dyspepsie, cinq cas dénommés catarrhe, sept cas simulant le cancer, sept cas également de gastrite aiguë, huit cas de gastrite chronique, onze cas de gastralgie, et seize cas enfin évoluant comme l'ulcère rond.

Combien de temps après le chancre, les accidents gastriques débutent-ils ?

Cela est très variable, comme nous allons le montrer par la statistique.

En effet, sur 31 de nos cas où la date d'apparition du chancre est signalée, les accidents gastriques se

sont montrés au bout d'un mois dans 2 cas, au bout de 3 mois dans 2 cas également, après 1 an dans 1 cas, après 2 ans dans 3 cas, après 3 ans dans 2 cas, au bout de 4 ans dans 2 cas également, de 5 ans dans 1 cas, de 6 ans dans 2 cas, de 7 ans dans 2 cas, de 9 ans dans 1 cas, de 10 ans dans 2 cas, de 11 ans dans 1 cas, de 12 ans dans 1 cas, de 15 ans dans 2 cas, de 18 ans dans 2 cas, de 20 ans dans 3 cas, de 24 ans dans 1 cas, au bout de 26 ans enfin dans 1 cas. Dans le premier cas du professeur Dieulafoy, les phénomènes gastriques avaient débuté dix mois après les accidents secondaires. On voit, même souvent, en pleine période secondaire, apparaître des troubles gastriques ; mais il s'agit généralement dans ces cas de simples lésions de gastrite catarrhale.

Plus rarement se montrent à cette période des hématémèses traduisant l'existence d'un ulcère syphilitique de l'estomac (dans 3 cas seulement de nos 16 cas d'ulcères). Comme causes adjuvantes pouvant faciliter la production des lésions gastriques syphilitiques, nous trouvons d'abord l'alcoolisme qui n'est noté que dans quatre observations, puis l'hystérie ou le nervosisme notés dans deux cas, l'arthritisme noté dans un autre cas, des antécédents de dyspepsie signalés dans une observation, dans une autre enfin l'intervention d'un traumatisme (cas de Scheib, dans lequel le malade, trois mois avant sa mort, en déchargeant une voiture de blé, avait été pressé par un bœuf contre la voiture, et blessé dans les environs de l'estomac ; les symptômes cliniques ne débu-

tèrent qu'à la suite de ce trauma). Pour terminer avec l'étiologie, citons enfin les rapports entre les accidents gastriques et l'heure de la journée. Dans trois de nos cas (Bartumeus, Trousseau, Rosanow) les douleurs survenaient surtout la nuit, ainsi que les vomissements.

CHAPITRE III

PATHOGÉNIE

A quelle cause doit-on attribuer les troubles gastriques rencontrés dans la syphilis secondaire ? Dans un certain nombre de cas, les troubles gastriques (tels qu'anorexie, nausées, douleurs à l'épigastre), troubles qui peuvent précéder l'apparition d'un ictère, sont dus, comme le pensait Gubler, à un état catarrhal des voies digestives et biliaires marchant concurremment avec des syphilides cutanées, et étant, pour ainsi dire, leur reproduction intérieure.

Mais il faut tenir compte aussi de l'état d'anémie, qui existe normalement à la période secondaire, l'anémie étant capable de modifier la quantité du suc gastrique et d'entraîner par suite la dyspepsie. Il ne faut pas oublier non plus la part que peuvent prendre à la genèse de ces troubles les diverses médications mises en œuvre contre la maladie ; car, surtout depuis les travaux de Gastou et Babon, nous connaissons les lésions gastriques provoquées par

le traitement spécifique. Enfin ces troubles digestifs de la période secondaire, que l'on rencontre surtout chez des femmes, peuvent dépendre de désordres nerveux, la syphilis ayant une grande tendance à réveiller les névroses. Parmi ces troubles digestifs, l'un des plus curieux est la boulimie, qui s'accompagne généralement de polydipsie. Plus rarement, la polydipsie existe seule ; elle peut coïncider avec de la polyurie, constituant un véritable diabète insipide, comme dans le cas intéressant rapporté par Malherbe en 1902. Ces phénomènes, apparaissant à la période secondaire, relèvent de troubles hystériques ; mais, quand, au contraire, ils apparaissent à la période tertiaire (cas de Staub), il est probable qu'ils dépendent alors d'altérations anatomiques spécifiques des centres bulbaires.

Lorsque, comme dans trois de nos cas (Mamulea, Keser, Baylac et Chamayou), les symptômes d'ulcère gastrique surviennent en pleine période secondaire, il doit s'agir, suivant nous, non d'ulcère gommeux, mais plutôt d'ulcère consécutif à des lésions vasculaires syphilitiques, lésions qui seraient précoces au niveau de l'estomac comme elles le sont au cerveau. A la période tertiaire on rencontre, en effet, comme nous le verrons plus loin, deux sortes principales, souvent associées il est vrai, de lésions anatomiques, capables d'expliquer la plupart des accidents gastriques de cette période : ce sont les lésions gommeuses, circonscrites ou diffuses et les lésions vasculaires syphilitiques. Ces deux sortes de lésions

peuvent aboutir à l'ulcère par un processus différent : fonte de la gomme dans le premier cas, troubles de la nutrition de la muqueuse dans le second. L'infiltration gommeuse diffuse peut produire l'atrophie des glandes gastriques, d'où la diminution et même l'absence d'acide chlorhydrique dans le suc gastrique. Quant à la dilatation de l'estomac rencontrée par Jullien dans un grand nombre de cas chez des syphilitiques tertiaires, elle semblait dépendre soit du traitement, soit de lésions hépatiques au début. Ces lésions hépatiques peuvent se traduire également par des hématémèses ; nous y reviendrons à propos du diagnostic. De même les lésions syphilitiques des reins peuvent déterminer des troubles digestifs ; de même encore les lésions syphilitiques du système nerveux, qu'il s'agisse de lésions méningitiques, spinales ou cérébrales. Citons enfin les lésions de l'oreille interne, dans lesquelles s'observent souvent des vomissements.

Pour nous résumer, nous dirons que la pathogénie des troubles gastriques est variable dans la période tertiaire comme dans la période secondaire ; mais, tandis que, dans la période secondaire, il s'agit le plus souvent de troubles d'ordre général, dans la période tertiaire au contraire, ils dépendent de lésions anatomiques, soit de l'estomac lui-même, soit parfois d'autres organes plus ou moins éloignés.

CHAPITRE IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous commencerons par les lésions en apparence banales qu'on peut rencontrer à l'autopsie dans l'estomac des sujets syphilitiques.

Tel par exemple le catarrhe de la muqueuse gastrique, que Chiari a rencontré dans 43 cas. Ce catarrhe de l'estomac ne peut être qualifié de syphilitique, à moins qu'il ne coïncide, comme dans le cas de Capozzi, avec des altérations plus démonstratives.

D'autres lésions consécutives à des troubles circulatoires (telles que ecchymoses, injection de la muqueuse, érosions hémorrhagiques) peuvent relever soit de la diathèse hémorrhagique des nouveaunés qui fait suite à la syphilis héréditaire, soit de lésions syphilitiques du foie qu'on rencontre alors aussi bien dans la syphilis acquise que dans la syphilis congénitale. Dans le cas qui nous est per-

sonnel, l'estomac avait sa muqueuse recouverte par places de petites ecchymoses punctiformes ; le foie était normal dans ce cas, mais la rate présentait de la périsplénite. J'ai pratiqué plusieurs coupes de la paroi gastrique au niveau de ces ecchymoses, dont je fis l'examen histologique avec le Dr Gastou, chef de laboratoire à l'hôpital St-Louis ; mais je n'ai trouvé aucune lésion spéciale.

Notons enfin les érosions gastriques que l'on doit rapporter à la dégénérescence amyloïde, comme dans le cas d'Oser relaté par Galliard.

Nous pouvons, après ces préliminaires, passer maintenant à l'étude anatomique et histologique des lésions vraiment caractéristiques de la syphilis gastrique, avec toutes les conséquences qu'elles peuvent entraîner à leur suite.

Ces lésions caractéristiques de la syphilis gastrique, ce sont les productions gommeuses et les altérations spécifiques des vaisseaux de l'estomac.

Ici, comme ailleurs, les productions gommeuses se présentent sous les deux formes circonscrite et diffuse. Etudions d'abord la forme circonscrite, avec son évolution. Cette évolution comprend, comme partout, trois phases : celle de gomme, celle d'ulcération et enfin celle de cicatrice.

Quels sont les caractères de la gomme à son premier stade, dit stade de crudité de la gomme? On peut la rencontrer sur tous les points de la surface de l'estomac ; mais elle semble affecter de préférence la paroi postérieure, au voisinage de la petite cour-

bure, et les régions avoisinant soit le cardia, soit le pylore. Plus rarement, les infiltrats gommeux occupent le fond de l'estomac et la portion médiane de la grande courbure, comme dans un cas de Chiari.

Ces infiltrats gommeux sont tantôt uniques, tantôt multiples (au nombre de 3 dans le cas de Cornil (1), de 5 dans le cas précédent de Chiari, de 7 dans un cas de Bittner). Ils se présentent parfois sous forme de nodules (cas d'Oser), le plus souvent sous forme de plaque arrondie ou ovalaire, quelquefois aussi sous forme de bourrelets comme dans le cas de Stolper. Leur dimension est tantôt d'un grain de millet, d'un pois, d'une lentille ; tantôt au contraire elle atteint celle de la paume de la main (autre cas de Chiari, où il s'agit d'un ulcère gommeux) ; mais en moyenne c'est celle d'une pièce de un franc.

Quand ils sont multiples, ils sont le plus souvent inégaux entre eux (dans le cas de Cornil, leurs diamètres respectifs étaient de 2, 3 et 5 centimètres ; dans le cas de Chiari, leurs surfaces respectives étaient de 1/2, 1 et 2 centimètres carrés). Leur relief du côté de la muqueuse est variable, il peut atteindre 8 à 12 millimètres comme dans le cas de Cornil. Dans le cas de Chiari, ils formaient en même temps un relief du côté du péritoine.

Sur une coupe pratiquée au niveau de ces infiltrats gommeux, tantôt la muqueuse apparaît saine (cas de Cornil), tantôt elle se montre très épaissie (cas

1. *Leçons sur la syphilis.* Paris (1879).

de Scheib), au point d'atteindre à peu près le triple de son épaisseur normale (cas d'Oberndorfer), tantôt même elle est fusionnée avec les couches sous-jacentes, y compris la séreuse, comme dans le cas de Chiari.

Mais, dans tous les cas, c'est la couche sous-muqueuse qui présente les altérations primordiales ; généralement elle constitue presque seule l'épaississement de la paroi stomacale. La tunique musculeuse se montre, elle aussi, souvent hypertrophiée. Quant à la séreuse, elle est tantôt indemne (cas de Cornil), tantôt également épaissie (cas de Chiari, de Scheib).

A l'examen microscopique, on remarque que du tissu conjonctif hypertrophié s'intercale généralement entre les glandes de la muqueuse, les comprimant plus ou moins ; dans le cas d'Oberndorfer, ces glandes étaient même en partie détruites par ce tissu néoformé qui les envahissait ; dans le cas de Scheib, elles étaient çà et là dilatées en forme de kystes ; mais le plus souvent néanmoins elles sont normales. Dans la couche sous-muqueuse, ce qui frappe surtout, c'est le feutrage fin et serré des éléments du tissu conjonctif néoformé. Dans ce tissu, on peut, avec Oberndorfer, distinguer deux espèces de cellules : d'abord les véritables cellules du tissu granuleux, les cellules épithélioïdes avec un gros noyau plus clair, dont le réseau chromatique est très apparent ; leur corps cellulaire est arrondi, ou fusiforme, ou bien présente plusieurs masses distinctes, qui s'unissent à celles des autres cellules, donnant

ainsi à la néoformation un aspect réticuleux, à un fort grossissement.

Au milieu de ces cellules principales, se voient des petites cellules rondes avec un noyau fortement coloré, qui remplit presque toute la cellule. Leur corps cellulaire est arrondi, sans former d'amas. Cornil, par contre, les a trouvées parfois disposées en ilots et de forme un peu allongée ; il les considère comme étant des cellules embryonnaires. Ces cellules doivent, pour Oberndorfer, être regardées comme des lymphocytes.

A côté d'elles, cet auteur a trouvé enfin parfois des cellules géantes munies de noyaux polaires.

Souvent ce tissu conjonctif néoformé, s'avançant jusqu'à la séreuse, traverse la tunique musculeuse, s'interposant entre les divers faisceaux de fibres musculaires. En résumé, ce tissu néoformé, propre aux lésions gommeuses, qui prend naissance dans la sous-muqueuse, peut rester localisé à cette tunique, ou s'étendre de là en rayonnant aux diverses tuniques de la paroi stomacale. Quant aux vaisseaux sanguins de cette paroi, ils peuvent être indemnes, comme dans le cas de Cornil ; mais, le plus souvent, le tissu granuleux néoformé se localise autour d'eux, ce que l'on voyait nettement dans les cas de Chiari et d'Oberndorfer. Dans d'autres cas, comme dans celui de Stolper, on constate même, en outre de cette lésion périvasculaire, une prolifération de la tunique interne des vaisseaux, entraînant une diminution de leur calibre.

Nous aurons d'ailleurs à revenir bientôt avec plus de détails sur ces lésions vasculaires, lésions si importantes dans les processus syphilitiques. Telle est la description de la gomme de l'estomac à son stade de crudité; cette gomme subissant, ici comme partout ailleurs, des phénomènes de ramollissement, puis de désintégration moléculaire, parvient à son second stade, celui d'ulcération. Quels sont donc les caractères de l'ulcère gommeux ? Cet ulcère est d'abord le plus souvent unique; plus rarement on rencontre de multiples ulcérations, comme dans le cas de Capozzi et surtout celui de Frankel, où l'on comptait treize ulcérations dont l'une, la plus grande, était produite par la confluence de plusieurs autres, ce qui est tout à fait exceptionnel. En second lieu, cet ulcère est presque toujours de forme orbiculaire; bien plus rarement il est ovale, comme dans le cas de Cesaris-Demel. Dans le cas de Frankel, la plus grande ulcération avait la forme d'une carte de géographie. Quant aux dimensions de cet ulcère, elles sont fort variables. Ce sont, en moyenne, celles d'une pièce d'un franc; mais elles peuvent être bien inférieures, une lentille, un pois et même une tête d'épingle, comme dans un de nos cas inédits. Dans le cas de Chiari, par contre, elles atteignaient une paume de main. Quand il y a plusieurs ulcérations, elles sont souvent inégales entre elles ; ainsi dans le cas de Stolper, où l'on en comptait six, la plus grande avait 2 centimètres de long et la moitié de large, tandis que la plus petite était de la grosseur d'une lentille.

La profondeur de cet ulcère est également fort variable. Tantôt il est tout à fait superficiel, constituant une exulcération plutôt qu'une ulcération véritable ; tantôt il creuse plus ou moins la paroi stomacale, pouvant aller même jusqu'à la perforation de cette paroi. Cette complication est tout à fait rare ; nous ne l'avons rencontrée que dans deux cas, ceux de Scheib et de Flexner.

Dans le cas de Scheib, la perforation siégeait sur la paroi antérieure de l'estomac, au niveau du hile de la rate. Elle mesurait trois centimètres de diamètre et ressemblait à un entonnoir, son diamètre diminuant de l'extérieur à l'intérieur de la valeur d'un centimètre. En outre de cette perforation principale, on trouvait en un autre point de l'estomac une petite perforation de deux millimètres, située au centre d'une infiltration gommeuse. Dans le cas de Flexner, il n'y avait qu'une seule perforation qui mesurait quinze millimètres sur trois de dimensions. Plus fréquentes sont les perforations artérielles, autre complication grave de l'ulcère gommeux. On les a plusieurs fois constatées (cas de Murchison, de Fioupe, de Chiari) sous forme d'une artériole encore béante au fond de l'ulcération. Elles ne sont pas toujours en rapports avec la profondeur de cette ulcération, témoin le cas de Murchison, où l'ulcération était superficielle et peu étendue. Sont-elles dues toujours d'ailleurs, ces perforations, à l'action du processus ulcéreux attaquant les parois vasculaires de dehors en dedans, ou ne seraient-elles pas plutôt la conséquence de lésions propres de

ces vaisseaux ? Cette dernière hypothèse nous semble plus séduisante, étant donnée la fréquence de ces lésions vasculaires. C'est même souvent la présence de ces lésions vasculaires, propres aux néoformations syphilitiques, qui pourra, dans certains cas, nous autoriser à porter le diagnostic d'ulcération syphilitique de l'estomac. Mais généralement ce diagnostic est facilité par ce fait qu'il subsiste encore autour de l'ulcération elle-même des vestiges du tissu gommeux primitif ; on peut même assister parfois à la caséification progressive de ce tissu et à la nécrose qui lui fait suite, comme dans les cas de Klebs et d'Oberndorfer. Ces phénomènes sont tout à fait à leur début dans ce dernier cas, où l'on voit en certains points une division des noyaux qui est poussée très loin, tandis qu'en d'autres points il ne reste plus de la cellule que de petites particules de chromatine.

Telle est la description de l'ulcération gommeuse de l'estomac ; lorsque cette ulcération vient à guérir, elle laisse comme dernière trace une cicatrice. Cette cicatrice n'offre aucun caractère spécial ; et, à moins qu'elle ne coïncide avec une lésion gommeuse en évolution comme dans le cas de Cornil, il sera difficile de remonter à son origine.

Dans ce cas de Cornil, la cicatrice siégeait à la surface péritonéale de l'estomac ; mais généralement elle siège à la surface interne. Sa profondeur et ses dimensions sont variables. Dans le cas de Drozda, une cicatrice de la grosse tubérosité mesurait plus de deux centimètres de diamètre et comprenait toute

l'épaisseur de la paroi gastrique ; il y avait même à son niveau adhérence de l'estomac à la rate.

Mais ce cas est unique ; les cicatrices sont généralement plus petites et plus superficielles. Ce qu'elles présentent presque constamment, c'est un fond blanchâtre, une consistance assez dure au palper et surtout un aspect rayonné. Cet aspect est très manifeste dans l'un de nos cas inédits, où l'on voit de la cicatrice diverger en tous sens de longues traînées radiées. Ces cicatrices sont assez fréquentes; Stolper en a rencontré dans 8 cas, sur 61 autopsies de sujets syphilitiques.

Elles peuvent entraîner à leur suite des rétrécissements de l'estomac.

Ainsi, dans deux des cas de Stolper, cet organe avait, par suite de ces mêmes cicatrices, une forme de sablier prononcée. De même, dans le cas de Frerichs ; une cicatrice de la petite courbure donnait naissance à une cloison remarquable entre le cul-de-sac cardiaque et la portion pylorique de l'estomac. Rudnew, qui a rencontré dans quelques cas à l'autopsie de sujets syphilitiques des rétrécissements assez serrés de l'estomac, leur attribue d'autres causes. D'après cet auteur, ces rétrécissements prennent naissance tantôt à la suite d'altérations primitives de la muqueuse stomacale, tantôt à la suite de lésions de la couche séreuse de ce même organe.

La première forme se présente comme la plus fréquente ; elle offre les caractères de l'endogastrite chronique interglandulaire.

Les glandes muqueuses et les glandes à pepsine ne subissent des altérations que secondairement ; les premières manifestations de l'affection se rencontrent généralement au voisinage du pylore, sous l'aspect de taches circonscrites, de forme ronde ou irrégulière. Au microscope, on voit, au niveau de ces taches, en outre de la forte injection des vaisseaux, l'aspect granuleux du tissu interglandulaire. Au bout d'un temps assez long, ce tissu granuleux se transforme en un vieux tissu conjonctif ferme et fibreux ; à cette époque, la muqueuse gastrique commence peu à peu à se rétrécir : ainsi se produisent des rétrécissements de formes diverses, qui tantôt rétrécissent seulement le pylore, tantôt sous forme d'étranglements circulaires divisent l'estomac en deux ou plusieurs poches, tantôt rétrécissent l'estomac tout entier du cardia au pylore. La deuxième forme des rétrécissements de l'estomac se montre à la suite des lésions chroniques périgastriques circonférentielles. L'un de nos cas inédits offre un bel exemple de ces dernières lésions : il s'agit d'un nouveau-né hérédo-syphilitique dont l'estomac était entièrement environné d'une coque de périgastrite blanche et résistante. A ces deux formes, ajoute Rudnew, s'associent dans une période plus tardive de la syphilis, des altérations des couches moyennes de la paroi stomacale, et en effet il se forme d'abord une myogastrite interstitielle, puis ensuite une dégénérescence graisseuse ou pigmentaire des faisceaux musculaires. Cette métamorphose régressive de la

couche musculaire se rencontre d'ordinaire beaucoup plus tôt dans la *muscularis mucosæ*.

Ces lésions de la tunique musculeuse se montrent à leur début dans notre cas, où du tissu fibreux infiltrait et semblait même dissocier par places les couches musculaires. Nous voilà donc ainsi amenés à l'étude de ce que les auteurs appellent infiltration gommeuse diffuse, gastrite chronique diffuse d'origine syphilitique, ou bien encore cirrhose de l'estomac, le tissu conjonctif hypertrophié pouvant remplacer la couche glandulaire elle-même qui s'est atrophiée.

Déjà en 1863, Wagner pensait pouvoir attribuer à l'infiltration gommeuse la plupart des cas décrits par les auteurs comme cirrhose de l'estomac «... Plurimi vero casus, quos scriptores huic generi adnumerandos esse censerunt, syphilomatosa potius infiltratione membranarum ventriculi orti mihi quidem esse videntur. »

Dans les cas observés par lui, l'infiltration gommeuse avec ses petites cellules rondes caractéristiques envahissait plus ou moins les diverses tuniques gastriques, qui étaient notablement épaissies ; dans un cas, où le malade avait éprouvé des symptômes de sténose pylorique, cette infiltration gommeuse était prédominante au niveau du pylore, dont elle diminuait le calibre. L'infiltration peut même être localisée uniquement en ce point, comme dans un cas de Lancereaux (1) où la valvule pylorique seule

1. *Gazette hebd.* (26 août 1864). Obs. IV.

était épaissie ; elle peut même n'atteindre que la muqueuse de cette région, comme daus un cas de Virchow. Cette sténose hypertrophique du pylore, associée à la gastrite chronique d'origine syphilitique, est fort bien décrite dans le cas plus récent d'Hemmeter et Stokes.

Dans ce cas, le pylore très resserré admettait au plus une sonde de la grosseur d'un crayon de mine de plomb : l'épaisseur de ses parois était en moyenne d'un centimètre (elle était de 6 millimètres dans les autres régions de l'estomac). A l'examen microscopique, nous retrouvons ici l'infiltration de toutes les tuniques gastriques avec ses deux types de cellules, le type lymphoïde et le type épithélioïde. Nous notons aussi la destruction presque totale des glandes de la muqueuse, ce qui nous explique l'apepsie complète qu'on avait constatée du vivant du malade. Ce qui nous frappe enfin dans ce cas, c'est la tendance marquée de l'infiltration à se localiser autour des vaisseaux sanguins. Dans un autre cas de gastrite chronique décrit antérieurement par l'un des deux auteurs précédents, les vaisseaux présentaient en outre une endartérite oblitérante caractéristique. Ceci nous conduit à l'étude de ces lésions vasculaires, dont la fréquence est si grande, aussi bien dans les lésions gommeuses diffuses que dans les lésions circonscrites.

Tantôt, comme dans le cas précédent de même que dans celui de Chiari, les lésions vasculaires se bornent à la simple disposition, souvent nettement con-

centrique, du tissu néoformé autour des vaisseaux sanguins. Tantôt, comme dans le second cas que nous venons de citer, ainsi que dans beaucoup d'autres (Stolper, Oberndorfer, etc.) l'infiltration gommeuse atteint la tunique interne des vaisseaux, laquelle est épaissie au point d'oblitérer parfois la lumière vasculaire. Les veines peuvent être lésées au même titre que les artères; ainsi, dans le cas de Frankel, la couche élastique de la veine était remplacée dans certains points par un tissu de granulations, dans d'autres il y avait oblitération complète. Les lésions d'endartérite et d'endophlébite oblitérantes avec thrombose hyaline sont surtout bien décrites dans le cas de Flexner. D'après l'auteur lui-même, les troubles nutritifs causés par ces lésions vasculaires auraient produit la nécrose de la muqueuse et consécutivement l'ulcère avec perforation péritonéale, constaté dans ce cas. En dehors de l'ulcère gommeux décrit plus haut, il y aurait donc place pour une autre variété d'ulcère syphilitique, pouvant, lui aussi, aboutir à la perforation : ce serait l'ulcère d'origine vasculaire.

Cette variété est admise également par Cesaris-Demel ; dans le cas décrit par cet auteur, les lésions vasculaires avaient déterminé, en outre de l'ulcération, une hémorrhagie interstitielle de la paroi de l'estomac, laquelle avait fusé dans la cavité péritonéale, déterminant ainsi la mort.

Ces lésions vasculaires peuvent être invoquées également, comme nous l'avons vu plus haut, pour

expliquer les perforations de rameaux artériels constatées dans plusieurs cas au centre de l'ulcération gastrique. D'ailleurs, il faut le dire, les deux facteurs étiologiques de cette ulcération (fonte d'une gomme d'une part, lésions vasculaires d'autre part) sont le plus souvent concomitants ; ainsi, dans le cas de Cesaris-Demel cité plus haut, on trouvait des traces évidentes de production gommeuse au niveau des bords de l'ulcération, de sorte qu'il n'est pas toujours facile de déterminer la part exacte qui revient à chacun de ces deux facteurs dans le processus ulcéreux.

En tout cas, la coïncidence de ces lésions vasculaires avec une ulcération gastrique suffira pour affirmer le diagnostic d'ulcération syphilitique. Ce diagnostic sera encore facilité par la coexistence de lésions syphilitiques dans les autres organes, à savoir (d'après nos observations) : lésions syphilitiques du cœur ; gommes pulmonaires, *pneumonia alba* ; lésions cicatricielles de la trachée et du larynx ; gommes intestinales, ulcérations intestinales ; grosse gomme hépatique, hépatite diffuse, cicatrices syphilitiques du foie ; induration syphilitique du pancréas ; lésions du testicule et de l'épididyme, grosse rate ; lésions gommeuses des reins et des capsules surrénales ; induration des ganglions prélombaires, mésentériques, etc.. ; ostéopériostites ; lésions crâniennes ; bosse syphilitique du nez ; cicatrices cutanées sur la poitrine et le gland. De telles coïncidences sont significatives, comme le dit le professeur Fournier.

Nous en avons ainsi terminé avec la description des lésions syphilitiques de l'estomac, lésions gommeuses d'une part sous leurs deux formes circonscrite et diffuse, lésions vasculaires d'autre part, toutes lésions qui peuvent, par des processus différents, quoique souvent combinés, aboutir aux ulcérations et aux rétrécissements de l'estomac. Je désire insister encore sur l'importance de l'examen histologique pour le diagnostic de ces diverses lésions. C'est cet examen histologique qui nous révèlera les lésions si caractéristiques des vaisseaux ; c'est ce même examen histologique, qui, nous montrant dans une lésion diffuse par exemple les éléments propres de l'infiltration gommeuse, nous empêchera de considérer cette lésion comme une gastrite chronique vulgaire, une linite plastique ou encore un carcinome squirreux atrophique diffus, confusion que Birch-Hirschfeld regarde cependant encore comme possible. C'est enfin cet examen histologique qui, au niveau d'une ulcération gastrique analogue à l'ulcus simplex, fera retrouver souvent dans les bords de cette lésion des vestiges de tissu gommeux, mettant ainsi en évidence l'origine syphilitique de cette ulcération en apparence banale.

CHAPITRE V

Symptomatologie.

Les troubles digestifs peuvent apparaître d'une façon très précoce dans la syphilis. Déjà même, dans la période latente qui sépare le chancre de la roséole, période pendant laquelle le virus syphilitique se généralise, parmi les troubles généraux qui peuvent survenir, témoignant de l'intoxication générale de l'organisme, on peut rencontrer des troubles digestifs. Ces derniers consistent en inappétence, embarras gastrique avec langue chargée, sensation de poids dans la région stomacale, etc... Mais ces troubles gastriques sont bien plus fréquents au moment de l'éclosion des accidents secondaires. Gubler les aurait même constatés d'une façon constante à cette période; dans quelques cas observés par lui, des troubles digestifs, tels qu'anorexie, nausées, amertume de la bouche, douleur à l'épigastre et même parfois vomissements, avaient précédé l'apparition d'un ictère, témoignant ainsi, d'après l'auteur, d'un état catarrhal des voies digestives et biliaires. Ce catarrhe

gastrique de la période secondaire, avec ou sans vomissements, se retrouve dans plusieurs observations de Gouzot ; on le retrouve également, associé alors au catarrhe intestinal, dans plusieurs cas de syphilis congénitale (cas de Schwimme, d'Hastings, de Norden).

Dans certains cas, les vomissements sont prédominants ; ils peuvent même être incoercibles, comme dans le cas de Topinard : « Aliments solides, boissons, médicaments, tout était rejeté depuis trois semaines. A la seule pensée d'un aliment, au moindre mouvement, au moindre attouchement de l'épiglotte, les vomissements revenaient ». On dut recourir, dans ce cas, à l'administration par la voie rectale du traitement spécifique pour triompher de ces vomissements incoercibles et empêcher le malade de périr d'inanition.

A la suite de tous ces cas dans lesquels la muqueuse gastrique paraît directement intéressée, nous allons passer à l'étude d'un certain nombre de troubles digestifs de la période secondaire, lesquels dépendraient plutôt de désordres nerveux, si fréquents, chez la femme surtout, à cette période de la syphilis.

Le professeur Fournier, dans son *Traité de la syphilis* (1), en distingue quatre groupes. Le premier comprend les troubles dyspeptiques et gastralgiques ; le

1. Tome 1. *Troubles secondaires du tube digestif* (p. 715-724).

second groupe est constitué par l'entéralgie secondaire, parfois associée à des troubles analogues du côté de l'estomac (gastro-entéralgie) ; au troisième groupe, appartiennent les crises de vomissements, qui sont souvent à répétition ; au quatrième groupe enfin se rattachent les divers troubles de l'appétit. Ces derniers consistent le plus souvent en diminution, parfois en abolition complète de l'appétit (anorexie hystériforme secondaire). Plus rarement on rencontre au contraire l'exagération de l'appétit (boulimie secondaire). Une malade de Fournier qui en était atteinte, *dévorait sans exagération, ne mangeant pas moins de dix rations d'hôpital, non compris les suppléments qu'elle pouvait se procurer. Au sortir de table, après avoir copieusement déjeuné ou dîné, elle se remettait à manger avec une voracité surprenante.* Cette boulimie peut récidiver ; ainsi dans le cas précédent, elle reparut une seconde fois en même temps qu'une nouvelle poussée de syphilis, pour se dissiper, comme la première fois, avec les accidents de cette poussée. Cette boulimie enfin s'accompagne souvent de polydipsie. Plus rarement, la polydipsie existe seule ; bien plus rarement encore, comme dans le cas de Malherbe, elle coïncide avec une polyurie abondante, constituant ainsi un véritable diabète insipide. La malade de Malherbe avait une soif inextinguible et urinait jusqu'à 14 litres par jour. Un cas analogue a été publié en Allemagne par Staub, mais dans ce cas, où la polydipsie était associée à une paralysie double du moteur oculaire commun, la syphilis était

à sa période tertiaire. Pour en finir avec les troubles gastriques de la période secondaire, rappelons les cas exceptionnels, où des hématémèses symptomatiques d'une ulcération syphilitique de l'estomac se sont montrées au cours de cette période : tels le cas de Keser en Angleterre, celui de Mamulea en Roumanie, et enfin, en France, celui de Baylac et Chamayou.

Ayant ainsi étudié les troubles digestifs de la période secondaire de la syphilis, nous pouvons maintenant étudier ceux de la période tertiaire, la vraie période de la syphilis de l'estomac. Pour en faciliter l'exposé, nous les répartirons avec le professeur Fournier en trois groupes, c'est-à-dire que nous examinerons trois formes de syphilis gastrique : 1° celle de la gastrite chronique ; 2° celle de l'ulcère rond ; 3° celle du cancer gastrique. Nous rattacherons au troisième groupe les cas de sténose pylorique d'origine syphilitique, ainsi qu'au deuxième groupe les cas rappelant l'exulceratio simplex. Quant au premier groupe, nous y rangerons, à côté de la gastrite chronique avec ses deux formes dites catarrhale et ulcéreuse, les divers cas de dyspepsie, gastralgie, vomissements ; nous y joindrons également la gastrite aiguë, observée fort rarement. De cette dernière, en effet, nous n'avons à citer que les deux observations d'Hemmeter, qui concernent les deux enfants d'un père syphilitique. Dans les deux cas, les symptômes gastriques, qui consistaient en vomissements incessants avec gastralgie, disparurent en deux semaines

sous l'influence d'un traitement spécifique. Bien plus fréquente au contraire est la gastrite chronique, avec son cortège symptomatique (troubles dyspeptiques, troubles gastralgiques, vomissements), certains de ces symptômes pouvant prédominer, d'où les diverses variétés qui composent ce groupe.

Ainsi la malade de Domenici n'avait que des douleurs de l'estomac, sans vomissements. Dans d'autres cas, au contraire, les vomissements dominent la scène ; ils peuvent être journaliers. Parfois même, l'intolérance stomacale est presque absolue. C'était le cas pour la malade d'Andral (1). Toute espèce d'aliments, à part le lait d'ânesse, était presque immédiatement rejetée. Cette intolérance stomacale entraîne bientôt un amaigrissement considérable, avec dépérissement progressif, d'où le teint plombé et livide que présentait cette malade d'Andral.

Dans d'autres cas enfin, comme dans plusieurs observations de la thèse de Gouzot, il s'agit de simples troubles dyspeptiques, tels qu'inappétence, nausées, digestions pénibles, dilatation de l'estomac se traduisant par du clapotement, sensibilité de la région épigastrique. Ce même auteur distingue également, suivant l'intensité et la durée variables des symptômes, deux formes de gastrite, la forme catarrhale et la forme ulcéreuse, cette dernière servant de transition avec l'ulcère rond que nous allons bientôt décrire.

1. *Clinique médicale.* Paris (1838), tome II, p. 190.

Tous ces symptômes de gastrite chronique n'offrent généralement aucun caractère spécial. Les douleurs surviennent le plus souvent après les repas, parfois cependant entre les repas ; elles ressemblent à des crampes, à un resserrement intolérable de l'estomac (Tymowski) ; s'irradient vers l'abdomen, parfois vers l'épaule droite (cas de Domenici). Quant aux vomissements, dont le nombre et l'abondance varient suivant les cas, ils sont soit aqueux, glaireux et filants, soit alimentaires, quelquefois même, mais rarement, mêlés de sang : le malade de Millard, dont Galliard rapporte l'observation sous le titre de gastrite chronique ulcéreuse, avait un jour vomi des caillots de sang en abondance. Ces douleurs et ces vomissements peuvent, dans quelques cas cependant, présenter un caractère tout à fait spécial, celui de l'exacerbation nocturne. Dans le cas de Trousseau, les douleurs et les vomissements revenaient chaque soir ; dans le cas de Bartumeus, la gastralgie était encore supportable après le repas de midi, tandis qu'après celui du soir, elle devenait intolérable pour le patient ; quant aux vomissements, ils ne se produisaient jamais qu'après le repas du soir. Un autre caractère enfin de ces troubles digestifs qu'on ait parfois à noter, c'est leur longue durée (dix ans dans le cas de Trousseau précité, onze ans dans le cas de Rivals relaté par Gouzot) ; cette longue durée s'explique par la résistance presque constante de ces symptômes aux traitements ordinaires, alors qu'ils ne cèdent qu'à la médication spécifique que l'on

pense rarement à instituer de bonne heure, n'y ayant recours au contraire qu'en désespoir de cause, après l'échec de tous les autres moyens thérapeutiques.

Passons maintenant à la deuxième forme de la syphilis gastrique, celle qui simule l'ulcère simple de Cruveilhier. Comme cette dernière affection, en effet, cette deuxième forme peut débuter par de simples troubles dyspeptiques, qui correspondraient au stade gommeux précédant l'ulcération : ainsi dans le cas de Cornil, où l'on trouvait à l'autopsie la lésion gommeuse à sa première période, l'anamnèse révélait des troubles gastriques, difficultés dans la digestion, douleurs stomacales, puis impossibilité de digérer. A ces troubles vagues du début, succèdent bientôt les trois symptômes caractéristiques de l'ulcère rond : douleurs, vomissements, hématémèses. Cette triade symptomatique se retrouve à son complet dans la première observation du professeur Dieulafoy (1).

Au début, le malade se plaignait de douleurs stomacales et rachidiennes dont l'intensité augmentait après les repas, et qui étaient fréquemment suivies de vomissements alimentaires : quelques mois plus tard enfin les hématémèses faisaient leur apparition. Ajoutons toutefois que dans ce cas la douleur était le symptôme dominant. « Le malade est blotti dans son lit, abattu, abruti par la souffrance, l'œil terne et

1. Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris (1897-1898). 4e Leçon.

l'air hébété... La douleur est nettement accusée aux points xyphoïdien et rachidien. Cette douleur, nous dit le malade, le traverse de part en part ; elle le prive de tout repos, elle irradie au thorax et à l'abdomen... » Dans la seconde observation du professeur Dieulafoy (1), on voit au contraire, les hématémèses constituer pendant longtemps l'unique symptôme ; ce n'est que bien plus tard, après la cessation des hématémèses, que le malade commença à souffrir de l'estomac. Dans ce même cas, la répétition des hématémèses à deux ans d'intervalle, et chaque fois en coïncidence d'accidents gommeux cutanés, faisait penser à une récidive du processus gommeux au niveau de la muqueuse gastrique. Notons d'ailleurs que des hématémèses peuvent très bien se reproduire alors même que l'ulcus est cicatrisé : témoin le cas de Drozda, où l'on trouva chez un syphilitique mort de collapsus au cours d'une hématémèse, une simple cicatrice de la grosse tubérosité. La répétition des hématémèses à quelques années d'intervalle se retrouve aussi dans les deux cas du professeur Fournier ; là également, les hématémèses constituaient l'unique symptôme. Elles faisaient défaut, par contre, dans un cas de Max Einhorn, ainsi que dans le cas de Langovoï, où l'intervention chirurgicale démontra l'existence d'un ulcère très étendu ; elles avaient manqué également dans le cas de

1. *Journal de Médecine et de chirurgie pratiques* (10 décembre 1902).

Capozzi, où l'on trouva à l'autopsie des ulcérations multiples de la muqueuse gastrique.

Ces divers symptômes n'offrent généralement aucun caractère spécial. Dans un cas, toutefois, qui a été publié par Rosanow, les douleurs de l'estomac survenaient surtout la nuit. Mais le plus souvent, comme dans l'ulcère simple, la douleur est provoquée par l'ingestion des aliments ou survient quelque temps après, pour durer pendant toute la période de la digestion ; elle est mordicante et térébrante et présente ses deux points classiques, le point xyphoïdien et le point rachidien. En outre, cette douleur est réveillée par la pression au niveau du creux épigastrique. Des vomissements alimentaires mettent souvent fin à la crise douloureuse. Quant aux hématémèses, tantôt elles ne constituent que des épisodes rares dans l'évolution morbide, tantôt au contraire elles se répètent fréquemment, pouvant même devenir presque quotidiennes pendant un certain temps (trois semaines dans un cas de Fournier).

Leur abondance est également fort variable, pouvant s'élever à trois litres de sang, comme dans le cas de Fioupe et provoquer ainsi la mort. Le sang rendu est généralement liquide, rouge et rutilant ; plus rarement c'est du sang noir (comme chez le second malade du professeur Dieulafoy), du sang en gros morceaux (comme dans un cas de Max Einhorn). Dans ce cas de l'auteur américain, il y avait également du mélœna : les selles étaient de couleur goudron. Par leur abondance ou leur répé-

tition, ces gastrorrhagies entraînent l'anémie du sujet, dont la pâleur est parfois presque cadavérique : la malade du professeur Fournier était, sans exagération, de la couleur de ses draps ; c'était un véritable spectre. Elles peuvent s'accompagner d'un état de collapsus complet, comme dans un cas de Mackay ; et même entraîner la mort, comme dans le cas de Fioupe cité plus haut. Parfois, comme dans le cas rapporté par Cesaris-Demel, au lieu de se faire au dehors, l'hémorrhagie s'infiltre à travers la paroi stomacale et se fait dans la cavité péritonéale. Dans ce cas, le malade fut pris tout à coup d'une douleur aiguë à la région épigastrique avec une sensation de tension, que révélait aussi la palpation ; il mourut rapidement avec des phénomènes de collapsus. Ce malade avait eu auparavant tous les signes classiques de l'*ulcus rotundum*.

Dans d'autres cas, au contraire, l'affection revêt une forme latente ; c'est d'emblée, sans symptômes gastriques antérieurs, que surviennent les hématémèses, qui entraînent rapidement la mort. Tel le cas de Fioupe déjà cité, dans lequel la mort s'est produite au bout de cinq jours après le début des hématémèses : ce cas est intitulé *ulcère simple de l'estomac à marche foudroyante*. A l'autopsie, on trouva une petite ulcération des dimensions d'une lentille, elliptique, au centre de laquelle existait une artériole béante. Des lésions d'aspect tout à fait analogue se retrouvent dans un cas de Murchison, ainsi que dans un cas de Chiari : il s'agissait dans ces cas également

de sujets ayant succombé à des hématémèses, sans avoir présenté aucun symptôme gastrique antérieur. Ne retrouvons-nous pas dans ces faits les caractères de l'*exulceratio simplex*, cette affection dont le professeur Dieulafoy a tracé une si remarquable description ? La syphilis gastrique pourrait donc revêtir la forme de cette lésion à marche aiguë, comme elle revêt la forme de l'ulcère chronique.

A côté de ces hémorrhagies redoutables, un autre danger des lésions syphilitiques de l'estomac, c'est la perforation péritonéale. Cette éventualité est des plus rares ; nous n'en avons trouvé que deux cas, celui de Scheib et celui de Flexner. Dans le cas de Scheib, ce fut une simple trouvaille d'autopsie ; dans le cas de Flexner, le malade avait, quelques heures avant la mort, de violentes douleurs abdominales et du tympanisme. Son pouls était à 130, il était faible, fibreux ; le malade avait des sueurs profuses. Nous ne parlons pas du cas de Frankel ; dans ce cas, en effet, ce fut la perforation d'une des ulcérations intestinales, qui coïncidaient avec les ulcérations gastriques, qui provoqua la péritonite mortelle. Le syndrome de cette péritonite par perforation, au cours d'une syphilis gastrique, peut être simulé par l'hystérie, cette grande simulatrice, comme l'appelait Charcot.

Tel le cas de Baylac et Chamayou ; l'intervention chirurgicale montra qu'il ne s'agissait que d'une pseudo-péritonite hystérique, dont les ulcérations syphilitiques de l'estomac n'avaient été qu'une cause d'appel, l'hystérie pouvant, chez une prédisposée, compliquer toute inflammation locale.

L'ulcère syphilitique de l'estomac peut enfin aboutir à la terminaison fatale d'une dernière façon, par l'état de cachexie qu'il entraîne parfois, cachexie telle qu'il arrive à simuler le cancer. Tel le cas rapporté par Zawadzki et Luxenburg ; à l'autopsie il s'agissait bien d'un ulcère. De même pour le cas de Langovoï, où l'intervention chirurgicale démontra la présence d'un ulcère ; le sujet, qui était dans un état de cachexie grave, n'avait jamais eu pourtant d'hématémèses, ni de melœna. Nous sommes ainsi amené à étudier la troisième forme de la syphilis gastrique, celle que le professeur Fournier (1) dénomme forme pseudo-cancéreuse. Ce qui caractérise surtout cette forme, en outre des troubles cachectiques, c'est la constatation d'une tumeur au niveau de la région stomacale. Cette tumeur offre presque toujours une résistance très ferme ; sa forme et ses dimensions sont par contre fort variables : une belle mandarine dans un cas de Fournier ; une large plaque indurée de la dimension au moins de la paume de la main, avec saillie due à la surface du volume d'un œuf de pigeon dans le cas de Dubuc : une surface de la dimension d'un œuf de poule dans un cas d'Einhorn, d'un œuf d'oie dans un autre cas du même auteur ; un empâtement général, sans délimitation bien précise, de toute la portion droite de la région stomacale dans le cas de Dujardin-Beaumetz. Le siège de la tumeur est également variable : dans un cas d'Einhorn, elle

1. *La Syphilis*. Tome I, n° 1, juillet 1903.

devait occuper la petite courbure, car on pouvait obtenir immédiatement au-dessous de cette tumeur le bruit de clapotage gastrique, de même qu'on pouvait avec de l'air insuffler l'estomac au-dessous d'elle. Mais sa tendance habituelle est de se localiser au niveau du pylore, d'où les phénomènes de sténose pylorique, auxquels elle peut donner naissance. On retrouve ces phénomènes de sténose déjà signalés dans les observations de Wagner et de Lancereaux, où à l'autopsie le pylore se montra rétréci. Ainsi le malade de Lancereaux éprouvait, sitôt qu'il prenait une petite quantité de nourriture, des douleurs au niveau de l'estomac, des étouffements, des sensations étranges qu'il comparait à une barre comprimant l'estomac, des envies de vomir presque toujours suivies de vomissements, et les douleurs ne disparaissaient qu'après que l'estomac eût rendu par le vomissement les matières contenues dans sa cavité.

La sténose pylorique a pu être constatée également par la laparotomie, comme dans le cas de Freeman Ward et celui d'Hemmeter et Stokes; dans ces deux cas, le pylore paraissait occlus par une tumeur. Cette tumeur de la région pylorique était cliniquement sensible à la palpation dans un cas de sténose pylorique rapporté par Max Einhorn ; l'existence de la sténose dans ce cas était encore confirmée par l'examen du contenu stomacal, qui présentait à l'état de jeûne de nombreux résidus alimentaires. Dans un autre cas d'Einhorn, où l'on ne sentait aucune tumeur à la palpation, ce fut la seule pré-

sence de ses résidus alimentaires à l'état de jeûne qui permit de faire le diagnostic de sténose pylorique. La sténose du pylore peut d'ailleurs exister sans qu'il y ait une tumeur comprimant le pylore, comme dans le cas de Lancereaux précité où la sténose était due à l'hypertrophie de la valvule pylorique; elle peut être aussi d'origine cicatricielle, comme nous l'avons montré en décrivant les lésions anatomiques. Lorsqu'elle semble due à une tumeur comprimant le pylore, cette apparence de tumeur résulte en réalité d'un épaississement plus considérable des tuniques gastriques à ce niveau, comme le montrent les autopsies de Wagner, d'Hemmeter et Stokes dans les cas dont nous venons de parler. Mais, quelle que soit la cause de la sténose pylorique, elle se traduit par les mêmes symptômes cliniques. On note généralement que le malade ne peut digérer qu'une nourriture liquide et que la nourriture solide cause des douleurs qui ne sont calmées que par le vomissement. Ce qui frappe également dans les observations, c'est l'état de faiblesse et d'émaciation du malade. Dans les deux cas de Max Einhorn, l'amaigrissement atteignait 30 livres à une certaine époque ; il était même plus considérable que dans les deux autres cas du même auteur appartenant à la forme pseudo-cancéreuse proprement dite (l'amaigrissement n'atteignait que 20 livres dans l'un et 15 dans l'autre).

Comme autre symptôme, enfin, on peut rencontrer des vomissements de sang avec mélœna comme

dans un cas de Wagner ; ces vomissements peuvent être couleur marc de café, comme dans le cas de Freeman Ward. Ce dernier symptôme peut naturellement se retrouver dans la forme pseudo-cancéreuse sans sténose pylorique : la malade de Dujardin-Beaumetz avait eu également des vomissements de matières noires abondantes, de sang à demi coagulé.

Le melœna est noté dans le cas de Buday, où l'évolution ressemblait à celle du cancer. Ce qui est surtout intéressant dans ce dernier cas, ce sont les constatations de l'autopsie : la néoformation gommeuse se montrait sous forme de trois épaississements de la paroi stomacale (dont deux siégeaient au niveau de la grande courbure, et le troisième près du pylore) ; de plus, elle était en voie de destruction partielle, la sous-muqueuse présentant une dégénérescence cellulaire très accusée et la musculaire étant en partie atrophiée. Ce cas nous montre ainsi les lésions anatomiques qui peuvent servir de substratum à la forme pseudo-cancéreuse de la syphilis gastrique. Dans cette forme, outre les symptômes capitaux (cachexie, tumeurs, hématémèses), il faut encore noter l'anorexie habituelle et la lenteur des digestions, les vomissements alimentaires qui peuvent manquer comme dans le cas de Dubuc, les douleurs gastriques enfin, tantôt vagues comme dans ce même cas de Dubuc, tantôt vives et exagérées par la pression de la région pylorique, comme dans le cas de Dujardin-Beaumetz ; les douleurs sont pro-

voquées également par l'ingestion des aliments, comme dans un cas d'Einhorn. Mais le symptôme qui appartient en propre à la sténose et qu'on ne retrouve jamais dans la forme pseudo-cancéreuse sans sténose, c'est, comme nous l'avons déjà dit, la constatation de résidus alimentaires dans le contenu stomacal à l'état de jeûne. Quant à la capacité de l'estomac dans les cas de sténose pylorique, elle peut être diminuée comme dans les cas de Wagner, d'Hemmeter et Stokes. Dans ce dernier cas, l'inextensibilité des parois gastriques était telle qu'on ne pouvait distendre l'estomac avec l'acide carbonique; aussi le malade ne pouvait-il absorber en une fois qu'une petite quantité de liquides et aussi ne pouvait-on faire entrer pendant le lavage que peu de liquide dans l'estomac sans provoquer de douleurs. La capacité de l'estomac peut être par contre fort augmentée : ainsi, dans un cas d'Einhorn, la dilatation de l'estomac était telle que cet organe descendait jusqu'à la symphyse pubienne, ce que montrait non seulement la recherche du clapotage, mais aussi l'éclairage de sa cavité. Telles sont les diverses modalités cliniques de la sténose pylorique d'origine syphilitique ; avec la description de cette dernière forme nous en avons ainsi terminé avec l'étude des multiples variétés d'aspects cliniques sous lesquels peut se présenter à nous la syphilis de l'estomac.

APPENDICE

ETUDE DU CHIMISME GASTRIQUE

Les recherches sur le chimisme gastrique dans la syphilis de l'estomac sont tout à fait récentes. «.... On doit admettre vraisemblablement, disait Lang de Vienne en 1884, qu'il se produit des altérations des sucs digestifs tant quantitatives que qualitatives, c'est-à-dire que la quantité et la composition chimique de ces sucs devient anormale. Je n'ai pu jusqu'à présent me procurer du suc gastrique de malades syphilitiques ; je ne connais non plus dans la littérature aucun cas d'analyse du suc gastrique de dyspeptiques syphilitiques. Je ne suis donc pas en état d'apporter une preuve positive à l'affirmation susdite. Cependant on rencontre aussi, comme le prouvent les découvertes d'autopsie, le catarrhe chronique de l'estomac sur un terrain syphilitique. Nous savons maintenant que, soit que les cellules principales et les cellules bordantes des glandes à pep-

sine fournissent conjointement le suc gastrique, soit que l'acide chlorhydrique soit produit en d'autres points que la pepsine, il ne faut qu'une altération morbide de la muqueuse stomacale tout à fait superficielle pour provoquer des troubles notables de la digestion. Cela se produit dans la syphilis comme dans les autres maladies infectieuses. » Dix ans plus tard, dans une étude sur les lésions fonctionnelles de l'estomac dans la syphilis, de Tullio posait également les conclusions suivantes : « 1° La syphilis, en attaquant tout l'organisme, attaque aussi les glandes gastriques ; c'est ce que prouve l'expérimentation, et c'est ce qu'on observe plusieurs fois sous forme de troubles gastriques très importants, surtout lorsque l'altération de la muqueuse gastrique préexistait à l'infection ; 2° En ce cas, que peut révéler un examen clinique sérieux, et spécialement l'examen chimique du contenu gastrique, le meilleur remède est le protoïodure jaune de mercure, qui, au lieu d'être nuisible, rappelle la fonction des glandes peptiques, et a une action locale de grande importance ». Le mercure donné par la voie gastrique peut donc, d'après l'auteur italien, améliorer l'état des fonctions de l'estomac altérées par la syphilis.

Gastou et Babon, par contre, ont vu le mercure administré par cette voie, ainsi que d'ailleurs l'iodure de potassium, provoquer des gastropathies, dont la formule chimique était généralement l'hypopepsie plus ou moins accentuée suivant la durée de l'action médicamenteuse : ainsi, sur huit malades du

service du professeur Fournier, traités par la voie gastrique, Babon a trouvé une fois l'apepsie complète, six fois l'hypopepsie, une fois seulement l'hyperpepsie. Mais ces faits ne doivent pas nous faire oublier les cas où le traitement spécifique améliore les troubles gastriques, comme De Tullio l'affirmait déjà, bien loin de les provoquer ; cependant, par prudence, connaissant les troubles gastriques dus au traitement, nous préfèrerons, ainsi que nous le dirons bientôt, dans la thérapeutique des lésions syphilitiques de l'estomac, avoir recours à la voie cutanée ou sous-cutanée plutôt qu'à la voie digestive.

Quelles sont maintenant parmi nos observations de syphilis de l'estomac celles où il est question du chimisme gastrique? Dans le cas de gastrite chronique rapporté par Domenici, le contenu de l'estomac était un peu pauvre en acide chlorhydrique. Dans le cas d'Hemmeter et Stokes, où l'examen histologique révéla plus tard des altérations glandulaires très prononcées, la recherche du chimisme gastrique avait montré l'absence d'acide chlorhydrique libre ou combiné, aussi bien que de ferments, de pepsine et de chyme. Dans le cas d'ulcérations gommeuses multiples de l'estomac publié par Frankel, le suc gastrique ne contenait pas non plus d'acide chlorhydrique. Langovoï a trouvé également de l'anachlorhydrie dans son cas d'ulcère de l'estomac constaté par la laparotomie. Max Einhorn, dans son premier cas de tumeur syphilitique de l'estomac, relate l'absence d'acide chlorhydrique, ainsi que d'acide lactique et

de labferment ; l'acidité totale était égale à 4. Dans son second cas de tumeur de l'estomac, laquelle avait guéri pour récidiver au bout d'un an, l'auteur avait trouvé par contre chaque fois de l'acide chlorhydrique ; mais seulement, tandis que la première fois l'estomac était vide à l'état de jeûne, il contenait la seconde fois des résidus alimentaires au même état de jeûne, ce qui fit supposer avec raison que cette fois la tumeur gommeuse de l'estomac devait intéresser le pylore. Cette constatation de résidus alimentaires dans le contenu gastrique à l'état de jeûne se voit surtout dans les deux cas de sténose syphilitique du pylore rapportés par le même auteur.

Dans ces deux cas également, on pouvait déceler la présence d'acide chlorhydrique libre dans le contenu gastrique : l'acidité était de 90 dans un cas et de 80 dans l'autre. Ce qu'il faut enfin noter dans ces deux cas de sténose du pylore, c'est qu'au bout d'un certain temps de traitement ioduré, l'estomac était trouvé vide à l'état de jeûne, même avec une nourriture solide ; on assistait ainsi au rétablissement des fonctions gastriques sous l'influence du traitement spécifique.

Pour en finir avec l'étude du chimisme gastrique, il nous faut enfin parler des recherches très intéressantes publiées sur cette question par Robin de Varsovie en 1902. Ces recherches ont porté sur 16 malades atteints de syphilis tertiaire. Dans 6 cas, le chimisme se montra parfaitement normal ; sur ces

6 cas d'ailleurs, on ne rencontrait de troubles dyspeptiques que dans un seul cas.

Dans 4 cas, on constatait de l'hyperacidité digestive : dans 1 cas, en outre, il y eut élaboration à jeun de suc gastrique à faible acidité. Parmi ces derniers cas, dans un cas seulement, la malade se plaignait de douleurs épigastriques après les repas ; l'auteur pensa à un ulcère syphilitique de l'estomac et administra le traitement spécifique. Sous l'influence de ce traitement, l'acidité du suc gastrique diminua : on avait avant le traitement H = 0, 208 ; A = 0, 372 ; on eut après le traitement H = 0, 120 ; A = 0,288 (H représente, comme on le sait, le chiffre de l'acide chlorhydrique libre ; A représente le chiffre de l'acidité totale).

Dans 3 cas, on constatait de l'hypoacidité digestive ; dans 2 cas enfin, l'absence complète de l'acide chlorhydrique libre. Dans ces deux derniers cas, où il existait également des troubles dyspeptiques, l'auteur pensa à une gastrite atrophique par infiltration gommeuse de l'estomac. Quant à l'influence du traitement dans ces cas, l'auteur a vu le taux de l'acidité se relever dans les trois cas seulement où il existait de l'hypoacidité. D'autre part, dans les cas avec hyperacidité, il n'a constaté l'abaissement de l'acidité que dans le cas mentionné plus haut. Dans 2 cas enfin, où le chimisme était normal avant le traitement, il a vu ce traitement provoquer l'augmentation de l'acidité.

Dans 8 autres cas, par contre, le chimisme ne fut nullement modifié par le traitement.

Telles sont les données encore bien incomplètes

que nous possédons sur le chimisme gastrique dans la syphilis de l'estomac ; elles ne nous permettent actuellement aucune conclusion certaine ; nous aurons d'ailleurs à y revenir au sujet du diagnostic des lésions syphilitiques de l'estomac.

CHAPITRE VI

PRONOSTIC

Les accidents gastriques qui surviennent à la période secondaire de la syphilis comportent en général un pronostic bénin ; rappelons cependant le cas de vomissements incœrcibles relaté par Topinard : le sujet allait périr d'inanition, si l'on n'avait pensé à recourir à la voie rectale pour administrer la médication spécifique. Bien plus grave est le pronostic des accidents gastriques tertiaires, de l'ulcère syphilitique à marche parfois foudroyante, avec ses redoutables complications, hémorrhagies d'une part, perforation péritonéale de l'autre ; de la gastrite chronique dont la durée peut être longue (jusqu'à 10 et 11 ans par exemple), qui peut entraîner l'atrophie de la muqueuse gastrique d'où apepsie complète (cas d'Hemmeter et Stokes) ; de la forme pseudo-cancéreuse et de la sténose pylorique enfin, toutes ces formes, par l'intolérance stomacale qu'elles provoquent, pouvant conduire le malade à la cachexie et à la mort. Certaines de ces lésions, il est vrai, peu-

vent guérir d'elles-mêmes : témoins les cicatrices stomacales trouvées à l'autopsie de sujets syphilitiques.

Mais le plus souvent, abandonnées à elles-mêmes, ces lésions subsistent avec le pronostic grave qu'elles comportent. Si, par contre, soupçonnant leur nature syphilitique, on institue le seul traitement qui leur convienne, le traitement spécifique, on voit guérir, comme par enchantement, des lésions qui allaient entraîner le malade au tombeau, une gastrite chronique qui semblait incurable (cas d'Andral), un ulcère de l'estomac rebelle à tous les traitements ordinaires mis en œuvre depuis un an et demi et pour lequel on proposait une intervention chirurgicale (cas de Dieulafoy) ; on évite ainsi souvent des opérations chirurgicales inutiles et même dangereuses ; on voit disparaître des sténoses du pylore (cas d'Einhorn), on assiste *de visu* à la disparition d'une tumeur gastrique qui simulait un cancer (cas de Freeman Ward, où ayant constaté dans une première laparotomie une tumeur de la région pylorique, on n'en trouvait plus trace six semaines plus tard, lors d'une seconde laparotomie) : c'est le cas plus que jamais de répéter ici la phrase célèbre : « Lorsqu'on lui découvre une tumeur, heureux le malade qui a eu la vérole » !

CHAPITRE VII

DIAGNOSTIC

Nous ne reviendrons pas sur le diagnostic des lésions anatomiques, que nous avons exposé dans le chapitre de l'Anatomie pathologique ; nous allons seulement examiner le diagnostic clinique des divers troubles fonctionnels gastriques. Comment d'abord pouvons-nous rapporter de tels troubles à une origine syphilitique ? Ces troubles n'offrent, en effet, sauf parfois leur prédominance nocturne, aucun caractère spécial, qui permette de les distinguer de troubles analogues provenant d'autres causes.

Ce n'est pas non plus la recherche du chimisme gastrique, dont les données sont, comme nous l'avons vu, fort variables, qui pourra nous renseigner. Seules la coïncidence d'autres accidents syphilitiques, l'anamnèse d'une infection syphilitique antérieure, pourront nous guider sur la voie du diagnostic. « Sans un hasard heureux, amenant en une région quelconque le développement d'une gomme, d'une ostéopériostite, d'une éruption tertiaire, sans la présence

de cicatrices caractéristiques, la nature de la lésion viscérale passerait souvent inaperçue », comme le dit le professeur Dieulafoy au sujet des lésions syphilitiques du poumon (1).

Dans le second cas de syphilis gastrique, observé par ce dernier, ce fut, en effet, la coïncidence de lésions gommeuses dans la région de l'épaule et du cou qui lui fit faire le diagnostic. Mais ce qui viendra confirmer ce diagnostic presque toujours d'une façon éclatante, ce sera l'efficacité du traitement spécifique, en vertu de l'adage ancien : *naturam morborum curationes ostendunt*. Une lésion qui a résisté, plusieurs années parfois, à tous les traitements usuels et qui ne cède qu'au seul traitement spécifique, est sûrement d'origine syphilitique.

Mais une autre question reste à nous poser ; en présence d'un trouble fonctionnel gastrique d'origine syphilitique, pouvons-nous toujours affirmer que ce trouble relève d'une lésion de l'estomac ? Les troubles gastriques de la période secondaire dépendent le plus souvent, comme nous l'avons vu, soit de l'intoxication générale syphilitique et de l'anémie qui en résulte, soit d'une névrose souvent réveillée par cette même infection. Les troubles gastriques de la période tertiaire, eux-mêmes, peuvent dépendre d'une autre localisation viscérale de la syphilis. Les hématémèses qui surviennent chez le nouveau-né peuvent appar-

1. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris*, 1897-1898, 18e leçon, p. 375.

tenir à la diathèse hémorrhagique qui fait suite à la syphilis héréditaire ; elles peuvent, d'autre part, chez lui comme chez l'adulte, dépendre de lésions syphilitiques de la rate, du pancréas et surtout du foie.

Ces hématèmèses d'origine hépatique peuvent être foudroyantes, comme dans le cas de Goldstein ; elles sont dues à la compression des vaisseaux-porte par les lésions syphilitiques du foie, d'où stase veineuse dans l'estomac et peut-être même varices stomacales comme celles décrites par Letulle dans la cirrhose vulgaire. Ces lésions syphilitiques du foie peuvent entraîner également de la dilatation de l'estomac, comme l'a montré Jullien. Dans tous ces cas, le diagnostic sera facilité par l'existence de lésions de cirrhose ou tout au moins de précirrhose.

Ces lésions hépatiques peuvent enfin se traduire par des troubles dyspeptiques, de l'embarras gastrique, des vomissements. Ces derniers troubles se rencontrent aussi avec les lésions syphilitiques des reins ; ils peuvent appartenir à toutes les phases du syphilo-brightisme, depuis son début jusqu'à l'urémie gastrique. Mais dans ces cas le diagnostic sera le plus souvent très facile, ces symptômes gastriques n'étant pas isolés. Les vomissements peuvent être dus encore à des lésions syphilitiques du cerveau ou des méninges (artérite basilaire syphilitique, méningite basilaire syphilitique), à des lésions syphilitiques du cervelet ou du labyrinthe ; mais dans tous ces cas, les vomissements se font par fusées, sans

douleurs ou nausées préalables ; ils s'accompagnent de céphalalgie surtout nocturne et des symptômes propres à ces diverses affections. Enfin, nombre de myélites syphilitiques et de tabes peuvent débuter par des gastralgies en accès, des troubles dyspeptiques et des vomissements ; on a affaire à de faux stomacaux, par analogie avec les faux urinaires de Guyon. On devra donc rechercher s'il existe déjà des troubles de la sensibilité ou de la motilité du côté des membres, examiner avec soin les divers réflexes, rechercher le signe d'Argyl-Robertson.

S'il s'agit de tabes au début, le traitement spécifique pourra n'avoir aucune action.

Cette question de l'efficacité du traitement spécifique dans le tabes est en effet fort discutée : si les uns, comme Leredde et Lépine l'admettent, d'autres comme Pierret de Lyon et Faure de Lamalou (1) la mettent en doute. Quant à nous, nous avons vu dans le service de notre maître le professeur Fournier un tabétique, traité depuis près de deux mois par les piqûres de calomel et l'iodure de potassium à la dose de 4 grammes par jour, être pris de crises gastriques avec rétention vésicale, bien qu'en plein traitement spécifique.

Un cas tout à fait analogue vient d'être publié par le Dr Milian dans un travail tout récent sur *la nature du tabes*, qu'il vient de me faire l'honneur de m'envoyer.

1. *Journal des Praticiens*, 1903, nos 4 et 33.

CHAPITRE VIII

TRAITEMENT

Quoique le mercure et l'iodure de potassium administrés par la voie gastrique aient guéri nombre de lésions syphilitiques de l'estomac, connaissant les troubles gastriques que ces médicaments peuvent causer quand on les donne par cette voie, nous avons recours de préférence aux méthodes d'administration externe. L'iodure de potassium pourra être donné en lavements ; d'ailleurs il n'est pas indispensable pour la guérison. « Plus je vais et moins je prescris l'iodure de potassium », dit notre maître, le professeur Dieulafoy. C'est avec le mercure seul qu'ont guéri ses deux malades atteints d'ulcère syphilitique de l'estomac. Cela ne veut pas dire toutefois que l'éminent clinicien de l'Hôtel-Dieu rejette complétement l'iodure de potassium du traitement de la syphilis, où il peut être utile dans un certain nombre de cas, mais seulement que le mercure lui est de

beaucoup supérieur. Ce dernier agent thérapeutique si remarquable dans tous les cas de lésions syphilitiques, sera utilisé sous forme de frictions ou d'injections. Nous donnerons la préférence aux injections solubles et parmi ces dernières, à la solution huileuse de biiodure de mercure, ou plutôt à la solution aqueuse qui est moins douloureuse pour le patient ; c'est d'ailleurs celle qu'emploie actuellement le professeur Dieulafoy (1). Cette dernière, où le biiodure se trouve dissous grâce à la présence d'iodure de sodium desséché, peut être titrée à des doses variables, suivant les cas. Dans les cas ordinaires, on emploie des solutions contenant de un demi à un centigramme de substance active par centimètre cube ; on injecte un centimètre cube par jour et cela pendant douze à quinze jours, pour s'arrêter pendant le même temps et reprendre une deuxième et une troisième série, si on le juge nécessaire. Dans les cas graves, on pourra faire des solutions plus concentrées, contenant deux, trois, quatre centigrammes de substance active par centimètre cube. Ces injections seront faites profondément dans le tissu cellulaire des lombes ou des fesses.

Nous n'insisterons pas sur le traitement adjuvant : le malade sera mis au début au régime lacté exclusif. Si le lait est mal supporté, on le coupera d'eau de chaux ou d'eau de Vichy ; on pourra avoir recours au lait d'ânesse, ou encore au képhir. En cas de

1. *Manuel de pathologie interne*, 14e édition (1904).

douleurs vives, on additionnera l'eau de chaux de très petites doses de morphine et de cocaïne, comme le conseille le professeur Dieulafoy : un milligramme de chlorhydrate de morphine et 3 milligrammes de chlorhydrate de cocaïne pour une grande cuillerée d'eau de chaux par tasse de lait. En cas d'hématémèses, on aura recours aux moyens usuels (boissons glacées, sachets de glace, etc...) ; si l'hémorrhagie est abondante, on pratiquera des injections sous-cutanées de sérum artificiel.

OBSERVATIONS ANATOMIQUES

OBSERVATION I (Personnelle).

Ecchymoses de la muqueuse gastrique.

Il s'agit d'un malade, âgé de 61 ans, du service de M. le professeur Gaucher à l'Hôpital Saint-Louis, qui était atteint d'épithélioma lingual, greffé sur des lésions de glossite scléro-gommeuse. Il aurait eu la roséole en janvier 1900, époque à laquelle il fut soigné pendant trois semaines dans le service du professeur Fournier. J'étais présent à son autopsie qui fut pratiquée le 11 décembre 1902 par le Dr Gastou. Je ne donnerai du protocole de l'autopsie que ce qui concerne les organes abdominaux : l'abdomen ne contient pas de liquide. Le foie est de volume normal, la rate atteinte de périsplénite, l'intestin ne présente pas de lésions manifestes, l'estomac a sa muqueuse recouverte par places de petites ecchymoses punctiformes. Les reins sont de volume normal; leur partie corticale n'est pas hypertrophiée. Je pratiquai moi-même plusieurs coupes de la paroi stomacale au niveau des ecchymoses, et je priai le Dr Gastou d'en faire l'examen histologique; mais cet examen ne m'a rien montré de particulier.

OBSERVATION II (Inédite).

NATTAN-LARRIER. Hôpital Andral (1898).

Cicatrice de l'estomac.

Chez un homme qui succomba à une tuberculose pulmonaire et qui était entaché d'une syphilis remontant à 15 ans, syphilis dont l'étude n'avait pas été suffisamment faite pour que nous puissions dire si le malade avait éprouvé des symptômes gastriques bien francs, nous avons rencontré en premier lieu un foie ficelé, volumineux, caractérisé par des bandes de sclérose qui morcelaient en tous sens le tissu hépatique et formaient de profonds sillons. Le foie lui-même présentait d'ailleurs des lésions de périhépatite des plus nettes. Mais l'estomac lui-même très dilaté montrait au niveau de la grande courbure une lésion caractérisée par une cicatrice mince, lisse, et d'où divergeaient en tous sens de longues traînées radiées. Les coupes histologiques de cette lésion ne furent pas faites; mais, même en leur absence, nous avons cru pouvoir émettre l'hypothèse qu'il s'agissait non d'un ulcère simple cicatrisé, mais d'une lésion syphilitique qui avait évolué à bas bruit, sans entraîner de symptômes cliniques.

OBSERVATION III (Inédite).

NATTAN-LARRIER. Maternité (1900).

Périgastrite et ulcérations de la muqueuse gastrique chez un hérédo-syphilitique.

Il s'agit d'un enfant qui mourut une heure après sa naissance et dont le cœur, présentant des lésions syphilitiques très

marquées, fut l'objet d'une communication de Letulle et Nattan-Larrier au congrès de 1900. Cet enfant présenta au moment de sa naissance un placenta syphilitique typique. Sa mère était d'ailleurs en période secondaire et lui-même présentait au niveau de l'abdomen et des jambes des lésions typiques de pemphigus syphilitique.

A l'autopsie, en dehors des lésions cardiaques, on constata une ascite volumineuse. Le péritoine tout entier avait pris une apparence blanche et porcelainée. Le mésentère était raccourci. Le foie, qui à la coupe avait l'apparence silex, était enveloppé d'une périhépatite scléreuse.

Quant à l'estomac, très dilaté et très volumineux, long de 5 à 6 centimètres, haut de 4 centimètres, il était entièrement environné d'une coque de périgastrite blanche, résistante, plus nette encore que la périhépatite. A l'incision de l'organe, on constatait que ces parois mesuraient 3 mm. 5 ; cette hypertrophie était diffuse sur tout l'organe. Elle semblait constituée en majeure partie par du tissu fibreux qui infiltrait et semblait même dissocier par places les couches musculaires. Quant à la muqueuse, tomenteuse, profondément plissée, elle montrait une ou deux petites exulcérations à peine grosses comme la tête d'une épingle et le contenu gastrique légèrement noirâtre semblait indiquer que l'organe avait été le siége d'hémorrhagies.

ARISTOFF — *Zeitschrift für heilkunde.* Berlin (1898) *Lésions gommeuses de l'estomac chez les hédo-syphilitiques.*
(Tableau réservé donné par l'auteur).

Sujets.	Date.	Diagnostic anat.-patholog.	Examen macroscop. de l'estomac.	Examen microscopique de l'estomac.	Examen microscopique des autres organes.	Nom de l'affection gastrique.
Fille, 11 jours.	24 mai 1895	Syphilis hérédit. (éruption cutanée macul. et papul. Gommes de l'estomac et del'intest. grêle). Bronch. suppurée. Pneum. lobulaire bilatérale.	Par places, épaississements circonscrits de la paroi, fais. sail. dans la cavité de l'estomac.	Gommes miliaires dans la sous-muqu. avec inflammation diffuse du voisinage.	Dans l'intest. grêle, aux plac. épaiss., gommes miliaires parfois nécr. à leur centre, situées dans la sous-muqu. et la muscul., avec inflam. diffuse du voisinage. Dans les poumons, bronc. purul. et pneumonie exsudative.	Gommes dans la sous-muqueuse.
Fille, mort-née.	23 novemb. 1893	Syphilis hérédit: (ostéopériostite gommeuse. Gastro-entérite diffuse). Hydrocéphalie interne chron., d'assez faible quantité.	Forte rougeur et tuméfaction de la muqueuse.	Inflam. chroniq. diffuse de la muqueuse et de la sous-muqu., avec, par places, néoform. plus accusée de tissu granuleux.	Dans l'intest., inflam. chron. diffuse de toutes les couches de la paroi, et. par places, dans ces diverses tuniques, format. gom. avec nécrose centr. Dans le foie, légère périangiocholite.	Infiltration gommeuse dans la muqueuse et la sous-muqueuse.
Garçon, 3/4 d'heure.	13 février 1898	Syph. hérédit. (Hypertrophie du foie et de la rate. Gommes du foie. Infiltration gom. du pancréas. Gastro-entér. diffuse. Ostéopériost.). Atélectosie pulm. fœtale partielle. Ecchym. multip. des plèv. et du péricarde.	Rougeur de la muqueuse.	Infiltrat. diff. à petites cellules dans la muq., et la sous-muqueuse, s'étendant souv. aussi à la musculaire et à la séreuse. Œdème de la sous-muqueuse.	Dans le foie, hépatite interst. diffuse (surtout périangio.) et gommes. Dans le pancr., infiltrat. gommeuse. Dans l'intest. grêle, par places, inflam. chron. de la muqu. et de la sous-muqu., avec néofor. de tissu conjonctif.	Gastrite syphilitique diffuse.
Garçon, 3/4 d'heure.	22 janvier 1898	Syph. hérédit. (érupt. cutanée maculeuse et vésic. Hypert. du foie et de la rate. Ostéopériost.). Hémorrh. méningée. Ecchym. du péricarde. Infiltr. hémor. d. testicules.	Nul.	Légère inflam. diffuse de la muqu. et de la sous-muq. Par plac., dans la sous-muqu., agglomérat. de tissu granul., d'où épaississement de la sous-muqueuse.	Dans l'int. grêle, lég. inflam. diffuse de la muqu. et de la sous-muqu. Dans la sous-muqu., un assez gr. nomb. de gommes microscopiqu. Dans le foie, infiltr. à petites cellules du tissu conjonctif interlobul. Dans la rate, hyperhémie.	Gommes dans la sous-muqueuse.

Garçon, 3 mois 1/2.	18 janvier 1898	Syphilis héréd. (érupt. papul. de la peau de la face. Gommes du foie. Tuméf. chron. de la rate). Entérite catarrhale chron. du gros intestin.	Nul.	Par places, inflammat. circons. dans la sous-muqu., avec néofor. de tissu granul., dont le centre prés. parfois de la nécrose. Dans la muqu., de plus, légère inflammation.	Dans le foie, inflammation chronique en foyers, avec développement du tissu conjonctif, atrophie et dégénérescence graisseuse des cellules hépatiques.	Inflammat. chronique, en foyers de la sous-muq. vraisemblablm. de nature gommeuse.
Garçon, fœtus de 36 cm.	13 décemb. 1897	Macération intra-utér. d'assez faible degré. Syph. héréd. Hyper. du foie et de la rate. (Ostéo-périostite).	Nul.	Inflammat. chronique diffuse dans toutes les tuniques de la paroi, surtout dans la sous-muqu., avec dévelop. de tissu granuleux.	Dans l'intestin grêle, même aspect que dans l'estomac, mais à un degré moindre.	Gastrite syphilitique diffuse.
Fille, 2 jours.	30 avril 1894	Syph. héréd. (Hypert. du foie. Phlébite omb. chron. Ostéo-périostite). Gastro-entérite diffuse.	Rougeur et gonfl. d. la muqueuse, avec pertes de subst. isolées, superf., grand. d'envir. 2 mm., dans la muqu. de la rég. pylorique.	Légère inflam. dif. dans la muqu. Aux confins de la muqu. et de la sous-muqu., foyers circonsc. de nécrose, avec inflam. périph. Dans l'épais. de la muqu., sur des foyers analog., on trouve des pertes de subst. superficielles.	Dans l'intest. grêle, légère inflamm. diffuse de la muq. et gommes miliaires isol., caséifiées en leur centre, aux confins de la muqu. et de la sous-muqu. Dans le gros intest., simple inflam. lég. diffuse de la muqueuse.	Gommes aux confins de la muqu. et de la sous-muqueuse.
Garçon, 21 jours.	22 novemb. 1893	Syph. héréd. (Pneum. alba.). Gastrite diffuse d'un degré assez léger.	Rougeur de la muqueuse.	Légère inflammat. diff. de la muqu. et forte hyperém. de la sous-muqueuse.	Dans l'int. grêle, par places, inflam. chron. de la muqu. et de la sous-muqu., avec néoform. de tissu granul. (Infiltr. gomm.). Dans les poumons, pneumon. inters. avec tissu gran. abondant.	Inflamm. diffuse de la muqueuse, peut-être de nature syphilitique.
Fille, 40 jours.	28 octobre 1897	Syph. héréd. (Hypertr. du foie et de la rate. Ost.-périost. Gomm. de l'intest. grêle, en partie ulc.). Pneum. double lobul. Eczéma de l'aîne.	Léger épaississement de la paroi stomacale.	Par places, inflammat. légère dans la sous-muqueuse.	Dans l'int. grêle, aux places épais.. gom. dans la sous-muqu., caséifiées en leur centre, et inflam. étendue dans le voisinage. Dans le foie, infiltr. à petites cellul. du tissu conjonctif interlob. Dans la rate, hyperhémie.	Inflammat. légère de la sous-muq. peut-être de nature syphilitiq.

OBSERVATION XIII

Oser cité par Hayem et Tissier. *Revue de médecine* (1889).
Nodules gommeux de l'estomac et de l'intestin chez un hérédo-syphilitique.

Enfant syphilitique qui ne vécut que deux heures. Sur l'estomac et la face postérieure du duodénum, existaient de petits nodules, de la grosseur d'une lentille, fermes, blanc jaunâtre. Ces nodules devenaient elliptiques, plus étendus et plus nombreux dans le jéjunum et l'iléon. Ils correspondaient, dans la plupart des points, aux plaques de Peyer.

OBSERVATIONS XIV et XV

Birch-Hirschfeld cité par Oberndorfer. *Virchow's Archives* (1900).
Lésions gommeuses de l'estomac dans deux cas de syphilis congénitale.

Nouveau-né, atteint de syphilis congénitale (syphilis de la peau, ortéopériostites. Gommes dans le poumon et dans le foie). Au niveau de la portion pylorique de l'estomac, épaississement blanchâtre, saillant, de l'étendue de la paume de la main. A l'examen microscopique, tissu granuleux dans la muqueuse, la sous-muqueuse, la musculaire. Vaisseaux épaissis.

Garçon de trois ans, atteint de syphilis congénitale (gommes dans les ganglions lymphatiques et l'intestin grêle). Au niveau du cardia, ulcération avec parois gommeuses indurées. A l'examen microscopique, néoformation gommeuse en voie de cicatrisation rétractile au centre.

OBSERVATIONS XVI, XVII et XVIII

BITTNER cité par OBERNDORFER. *Virchow's Archives* (1900).
Lésions gommeuses de l'estomac dans trois cas de syphilis congénitale.

Garçon, mort au bout de 2 heures 1/2, atteint de syphilis congénitale (Pneumonia alba, ostéopériostite, gommes dans le foie et l'intestin). Au niveau de la paroi antérieure de l'estomac, infiltrations au nombre de sept, de la grosseur d'un pois, indurées, blanchâtres, en forme de plaques. A l'examen microscopique, hyperplasie de la sous-muqueuse, s'étendant à la muqueuse et à la musculeuse. Hyperplasie de l'adventice.

Fœtus macéré, atteint de syphilis congénitale (Pemphigus syphilitique. Gommes dans le poumon, le foie, l'intestin grêle. Ostéopériostite). Au niveau de la paroi antérieure de l'estomac, à la limite de la région du cardia et de la grosse tubérosité, une infiltration, de la grosseur d'une lentille, blanchâtre, indurée, à bord modelé, ulcérée superficiellement. A l'examen microscopique, tissu granuleux venant de la sous-muqueuse, surtout compact autour des vaisseaux.

Fille, macérée, atteinte de syphilis congénitale (gommes dans le poumon, le foie; lésion des capsules surrénales, de l'in-

testin grêle et des reins). Par places, épaississements de la paroi stomacale. A l'examen microscopique, infiltration gommeuse de la sous-muqueuse et de la muqueuse.

OBSERVATION XIX

OBERNDORFER. *Loco citato.*

Ulcérations gommeuses de l'estomac dans la syphilis congénitale.

Le 2 décembre 1898, j'ai fait l'autopsie de l'enfant S..., âgé de 4 mois. Comme anamnèse, on remarque que les deux parents de l'enfant nient, il est vrai, toute infection, mais que d'après les données du médecin traitant, l'existence d'une syphilis constitutionnelle paraît vraisemblable chez tous deux; la mère avait eu un avortement quelques années auparavant. L'histoire de la maladie, que je dois à la bonté de M. le Dr de Zetzschwitz, est courte, attendu que le traitement de l'enfant n'a commencé que peu de temps avant sa mort. Depuis sa naissance, la pâleur très accentuée de l'enfant était frappante; en outre l'enfant souffrait depuis les premiers jours de sa vie d'un catarrhe de l'intestin fort abondant. Le 19 novembre, on découvrit par hasard à l'examen de l'abdomen une tumeur du foie de la grosseur d'une paume de main, qui était restée jusque là tout à fait ignorée. Le 21 novembre, survint aux deux jambes une éruption analogue ou pemphigus. Le diagnostic de gomme du foie fut alors établi. L'urine contenait un peu d'al-

bumine. L'enfant poussait continuellement des cris plaintifs et accusait de grandes douleurs à l'examen de l'abdomen. On donna une médication spécifique : elle consistait en bains de sublimé, (6 bains en 10 jours ; pour 40 litres d'eau une demi-pastille de sublimé d'Augérer), et en calomel à l'intérieur (0 gr. 01 deux fois par jour). Sur la tumeur, on appliqua un emplâtre mercuriel d'Unna. Dix jours après, l'enfant mourait d'inanition. On fut frappé de ce que, dans les derniers jours, la diarrhée profuse avait diminué. Protocole de l'autopsie : Enfant de sexe masculin, petit, fort émacié, de constitution faible, d'aspect sénile ; peau blême, raideur cadavérique disparue, taches livides rares...

Gommes dans le foie, les capsules surrénales et l'intestin. Grosse rate..... L'estomac est d'une grandeur médiocre et renferme environ une cuillère à bouche d'un contenu blanchâtre, caséeux, comme de la bouillie. Sur la muqueuse pâle se voient, surtout à la paroi postérieure, à une distance de 6 à 7 cm. du pylore, des élevures orbiculaires, circonscrites, d'environ la grosseur d'un pois ; les bords de ces petites grosseurs sont rouges et taillés à pic, leur surface est légèrement ulcérée, le fond de l'ulcération étant couvert d'une masse rougeâtre, couleur de viande marinée. Sur une coupe passant au milieu d'une des élévations, la muqueuse et la sous-muqueuse se trouvent notablement épaissies.

Examen microscopique.

I. — *Coupe au niveau de l'ulcère de l'estomac le plus surélevé.* — La muqueuse gastrique au bord de l'élévation, est encore à peu près normale ; toutes les tuniques sont encore faciles à délimiter l'une de l'autre, la sous-muqueuse est mince, ses vaisseaux ne présentent qu'un peu d'épaississement de leurs parois ; la

trame de tissu conjonctif qui sépare les diverses glandes semble également plus développée et plus riche en noyaux qu'à l'état normal. La muqueuse est entièrement conservée, si ce n'est qu'elle est un peu détruite superficiellement par la macération. La musculaire et la séreuse sont à peine altérées. La muqueuse surtout s'épaissit d'une façon assez brusque, au point d'atteindre à peu près le triple de son épaisseur normale. La partie principale de cet épaississement est constituée par un tissu granuleux abondant et riche en cellules ; la structure de la muqueuse est presque complétement détruite. Les glandes gisent éparpillées les unes loin des autres par le tissu granuleux, en partie plongées dans la néoformation, en partie détruites par le tissu les envahissant ; leurs fragments, les cellules, gisent épars dans ce tissu. Une partie des conduits glandulaires encore reconnaissables renferme des amas de leucocytes. Les culs-de-sac glandulaires sont entièrement effacés ; à leur place se trouve également du tissu néoformé. La *muscularis mucosæ* est assez bien conservée jusqu'au milieu de la tubérosité ; là, elle est largement ouverte par la sous-muqueuse qui s'épaissit brusquement. La sous-muqueuse est à peine épaissie sur le bord ; mais ses vaisseaux présentent déjà une prolifération cellulaire dans leurs parois, surtout dans l'adventice, et les nouvelles couches de cellules s'y superposent à la façon des perles d'un collier. Soudain, comme on le remarque, la sous-muqueuse s'épaissit considérablement, s'irradie dans la muqueuse sous forme d'éventail, grâce à la brèche formée dans la *muscularis mucosæ*. Dans ces portions de la sous-muqueuse, on voit clairement que les adventices des vaisseaux se prolongent dans le tissu voisin par des files de chaînes cellulaires néoformées.

Ces vaisseaux présentent d'une façon assez nette le début de

la prolifération. Dans la muqueuse épaissie, on remarque surtout les nombreux vaisseaux épaissis, plongés dans des nids de tissu granuleux, et en partie oblitérés ; de leur adventice devenue plus lâche s'échappent également dans les environs des cordons cellulaires. En certains points isolés de la muqueuse, se trouvent des foyers arrondis de jeunes cellules de tissu conjonctif, qui ne sont cependant pas en discontinuité marquée avec les parties voisines ; quelques-uns de ces nodules présentent à l'intérieur un début de destruction, qui se traduit par ce fait qu'à la place des cellules, il existe de petites particules de chromatine, à facettes irrégulières et fortement colorées. La musculaire et la séreuse ne présentent ni prolifération cellulaire, ni épaississement. Dans le tissu néoformé, on peut distinguer deux espèces de cellules :

1° Les véritables cellules du tissu granuleux, les cellules épithélioïdes avec un gros noyau plus clair, dont le réseau chromatique est très apparent ; leur corps cellulaire est arrondi ou fusiforme ou présente plusieurs masses distinctes, qui s'unissent à celles des autres cellules et donnent ainsi à la néoformation (à un fort grossissement) un aspect réticuleux.

2° Les petites cellules rondes avec un noyau fortement coloré, qui remplit presque toute la cellule. Leur corps cellulaire est arrondi, sans former d'amas. Ces cellules doivent être regardées comme des lymphocytes.

II. — *Coupe au niveau d'un autre nodule de l'estomac.* — L'épaississement de la muqueuse n'est pas ici aussi considérable que dans la coupe I ; la *muscularis mucosæ* est, malgré sa solution de continuité, partout bien distincte ; la sous-muqueuse est fortement épaissie par un tissu granuleux abondant, émanant de nombreux vaisseaux altérés. Au lieu du tissu gra-

nuleux plus diffus de la coupe I, il y a ici de nombreux nodules circonscrits placés les uns près des autres dans une chaîne continue. Ces nodules se composent de cellules épithélioïdes et de cellules rondes ; on trouve en outre, par groupes distincts, quelques cellules géantes munies de noyaux polaires. En certains points, la division des noyaux est poussée très loin, et il est même déjà survenu un début de nécrose avec caséification. La musculaire est intacte ; dans les espaces intermusculaires, il s'est développé un peu de tissu conjonctif riche en cellules. Les assises concentriques des cellules proliférées autour des vaisseaux et des conduits glandulaires ressortent très clairement par la coloration avec la solution de Giéson.

OBSERVATION XX

CHIARI. *Prager medicinische Wochenschrift* (1885).

Gommes de l'estomac chez un hérédo-syphilitique.

....L'enfant H... Franz était né le 6 octobre de cette année d'une tertipare de 33 ans, délicate, mal nourrie, atteinte de blennorrhagie vaginale et d'engorgement ganglionnaire très prononcé de l'aine ; il pesait immédiatement après sa naissance 2910 grammes. A son admission à l'établissement des Enfants Trouvés, qui eut lieu onze jours après, il était déjà passablement amaigri (2450 grammes), présentait un chevauchement des parié-

taux, un enfoncement de la grande fontanelle, un engorgement médiocre des ganglions inguinaux et un ictère généralisé très accentué. Le 18 octobre, on pouvait déjà diagnostiquer les premiers éléments d'un exanthème syphilitique aux extrémités inférieures, car la peau de ces mêmes extrémités, surtout au niveau du dos des pieds, celle de la face dorsale des orteils, et au niveau du bord interne des pieds, se couvrait de macules rouge pâle et également de petites bulles. Les jours suivants, l'exanthème maculeux se propageait aussi au dos, aux surfaces latérales du thorax et en somme à tout le tronc. Les petites bulles au niveau des pieds devinrent plus grosses (Pemphigus syphilitique) et prirent un caractère purulent ; les macules pâlirent peu à peu, se transformèrent en taches pigmentaires brunâtres et desquamèrent. La peau de la paume des mains devint fortement brillante ; sur les lèvres, l'anus et la langue, apparurent des rhagades légèrement saignantes. Malgré l'administration d'un traitement antisyphilitique, l'enfant dépérissait toujours davantage ; le 25 octobre survinrent des troubles de la respiration, qui amenèrent des accès asphyxiques répétés ; l'enfant tombait à vue d'œil dans le collapsus et mourut dans un accès asphyxique la nuit du 27 au 28 octobre. L'urine avait toujours été nettement ictérique, les selles mélangées de sang dans les derniers jours de la vie avaient toujours présenté auparavant une coloration bilieuse. Du côté de l'estomac on n'avait jamais constaté de symptômes morbides, et l'enfant avait bien pris le sein.

L'examen du cadavre pratiqué au bout de quelques heures
mort montrait d'abord les restes de l'affection cutanée
ement, puis l'ictère généralisé et l'amaigrisse-
corps entier..... Pneumonie syphiliti-
nt dit de l'appareil excréteur de la

bile, ostéo-chondrite syphilitique, foyers d'infiltration gommeuse de l'intestin....,

L'estomac était un peu dilaté et renfermait, outre des gaz, un liquide muqueux mêlé d'un peu de caséine. Sa muqueuse semblait en général légèrement injectée, mince, et se déplaçant bien sur la musculaire. En quelques points cependant la muqueuse était plus épaisse, de coloration jaune pâle, singulièrement lisse, brillante, faisant saillie sous forme de bourrelet du côté de la cavité de l'estomac, et un peu dure au toucher. En pratiquant une coupe en ce point, on remarquait qu'il s'agissait là d'une condensation et d'un épaississement en forme de plateau, non seulement de la muqueuse, mais aussi de la sous-muqueuse, de la musculaire et de la séreuse et que toutes ces tuniques étaient fusionnées ensemble en ce point, grâce à un tissu uniforme, induré. Au niveau de quelques-uns des plateaux, on pouvait remarquer, au milieu de leur surface interne, une ulcération superficielle qui visiblement était à rapporter au travail du suc gastrique. Je comptais en tout dans l'estomac cinq foyers semblables ; trois d'entre eux se trouvaient l'un près de l'autre dans la portion médiane de la grande courbure, le plus gros avait 2 cent. carrés et les deux autres 1/2 cent. carré chacun de surface. Les deux foyers plus éloignés occupaient la grosse tubérosité et avaient une surface de 1 cent. carré. La délimitation de ces foyers isolés avec la paroi voisine de l'estomac était formée à la surface interne par une ligne à la vérité irrégulière, à contours dentelés, mais cependant fortement marquée, dans laquelle la différence de niveau faisait de suite saillie ; sur la surface externe de l'estomac au contraire l'épaississement du péritoine se transformait tout à fait graduellement en l'état normal du voisinage.... Sur les coupes passant par

les plateaux de l'estomac et la paroi stomacale voisine, il était facile de voir que la néoformation gommeuse atteignait principalement la sous-muqueuse, mais de là également d'une part pénétrait dans la muqueuse, s'intercalant entre les glandes de cette dernière et les comprimant, d'autre part, traversant la musculaire, s'étendait jusqu'à la séreuse. Là aussi, dans l'infiltration gommeuse, on était frappé par la disposition abondante, par place nettement concentrique, du tissu granuleux autour des vaisseaux sanguins ...

OBSERVATIONS XXI et XXII.

Du même auteur (1891-1894)

Lésions gommeuses dans deux autres cas de syphilis congénitale.

Garçon, mort une demi-heure après sa naissance, atteint de syphilis congénitale. Infiltration gommeuse diffuse de la muqueuse et de la sous-muqueuse de l'estomac très vraisemblable.

Enfant de 1750 grammes (L = 42 cm.) mort 15 minutes après sa naissance, atteint de syphilis congénitale et présentant un abcès de Dubois dans le thymus. Muqueuse stomacale rouge et épaissie par places ; ces épaississements apparaissaient comme des infiltrats gommeux dans la muqueuse et la sous-muqueuse.

OBSERVATION XXIII

Fauvel cité par Galliard.

Archives générales de médecine, (1886). *Ulcérations de la muqueuse de l'estomac.*

Femme accusant des antécédents syphilitiques et ayant une exostose tibiale. Les parois de l'estomac sont très hypertrophiées, surtout près du pylore ; la muqueuse est ulcérée sur divers points. On a pu croire que l'épaississement était dû à la cachexie syphilitique ; quelques-uns l'ont attribué à du tissu fibro-plastique (Pas d'histologie).

OBSERVATION XXIV

Frerichs cité par Galliard.

Loco citato. Cicatrice ancienne de l'estomac.

Rosine C..., 36 ans, a eu des accidents syphilitiques primitifs et secondaires et a subi à plusieurs reprises le traitement mercuriel. Depuis deux ans, albuminurie et anasarque.

Autopsie. — Pleurésie droite. Rate et reins amyloïdes. Pancréas induré. Le foie présente des rétractions cicatricielles profondes ; le parenchyme est dur, brillant, rouge brun. Sur la

petite courbure de l'estomac, petite cicatrice rayonnée, qui donne naissance à une cloison remarquable entre le cul-de-sac cardiaque et la portion pylorique de l'estomac. De plus, quelques épanchements sanguins sous-muqueux anciens.

OBSERVATION XXV

Fioupe cité par Fournier.

La Syphilis (Juillet 1903). *Ulcère de l'estomac à marche foudroyante.*

Homme de 56 ans, ayant toujours joui d'une parfaite santé, non alcoolique. Le 8 avril, il est pris subitement, en se mettant à table, d'un éblouissement et rend par la bouche des filets d'un sang noirâtre (une demi-cuvette). Le 10, nouvelle hématémèse, d'une abondance telle que le malade effrayé se fait transporter à l'hôpital. Le soir du même jour, troisième hématémèse (une demi-cuvette). Malade affaissé. L'examen viscéral ne rend en rien compte de tels phénomènes. Nouveaux vomissements semblables dans la journée. Le 12, hématémèse extraordinairement abondante (trois litres !). Pâleur extrême. Complétement exsangue, le malade n'a même plus la force de s'asseoir et répond à peine aux questions ; peau froide, couverte d'une sueur glacée ; soif extrême ; pouls à peine perceptible. Le malade s'éteint le même jour.

A l'autopsie, tous organes exsangues. Dans l'estomac, petite ulcération des dimensions d'une lentille, elliptique, limitée par

des bords nets, au centre de laquelle on aperçoit, béante, une artériole admettant l'extrémité d'un petit stylet. Ce vaisseau a été manifestement la source des hémorrhagies. Foie présentant à sa surface deux dépressions d'un blanc nacré, gris perle, avec épaississement de la capsule de Glisson à leur niveau. Les corps de plusieurs vertèbres dorsales et lombaires sont le siège d'exostoses assez volumineuses, tout à fait comparables aux exostoses syphilitiques...

OBSERVATION XXVI

LANCEREAUX. *Gazette hebdomadaire* (26 août 1864)

Rétrécissement du pylore.

Le nommé D..., 54 ans, entre à l'infirmerie de Bicêtre dans le mois de décembre 1860 pour des troubles gastriques qui simulent une maladie organique de l'estomac... Au début de la maladie, les fonctions digestives étaient très régulières, mais ne tardèrent pas à s'altérer. L'appétit alla graduellement en diminuant, les digestions devinrent pénibles et même impossibles ; mais sitôt qu'il prend une petite quantité de nourriture, le malade éprouve des douleurs au niveau de l'estomac, derrière le sternum, des étouffements, des sensations étranges qu'il compare à une barre comprimant l'estomac, des envies de vomir presque toujours suivies de vomissements, et les douleurs ne disparaissent qu'après que l'estomac a rendu par le vomissement les matières contenues dans sa cavité... Antécé-

dents : chancre et bubon dans l'aîne en 1834 ; pas d'accidents secondaires. Hémiplégie guérie par l'iodure de potassium ; tumeurs gommeuses multiples...

Autopsie : L'estomac rempli de boissons est légèrement dilaté ; les matières contenues passent difficilement par le pylore. Il semble qu'il existe un rétrécissement à ce niveau ; la valvule paraît plus saillante qu'à l'état normal, elle semble épaissie. La muqueuse, qui est saine, s'enlève facilement ; au-dessous on trouve un anneau musculaire très développé.

OBSERVATION XXVII

LANGEREAUX. *Traité de la syphilis* (1866).

Ulcération de l'estomac.

Un homme de 66 ans vint mourir à l'Hôtel-Dieu dans le mois de septembre de l'année 1863.

A l'autopsie, je constatai un ensemble de lésions viscérales manifestement syphilitiques, et en même temps une altération de l'estomac qui me parut aussi pouvoir être mise sur le compte de l'infection vérolique.

Rien de notable au cerveau ou au cœur, mais hypostase pulmonaire ; foie bosselé, déprimé, labouré de brides et de cicatrices ; reins cireux ; périorchite droite. Tuméfaction, engorgement, et induration des ganglions iliaques et de la plupart des ganglions prévertébraux.

L'estomac a ses dimensions à peu près normales ; à 0 m. 02 du pylore, sur la petite courbure, et dans une étendue de

o m. 03, il existe une ulcération qui a presque entièrement détruit la paroi stomacale ; des pelotons graisseux légèrement adhérents et accolés derrière cette ulcération empêchent en partie la perforation. Les bords de l'ulcération sont fibreux, indurés, taillés en biseau aux dépens de la muqueuse ; ils sont colorés en gris clair dans certains points, ailleurs ils ont une apparence cicatricielle. Pas de ganglions indurés au voisinage.

OBSERVATION XXVIII

CORNIL. *Leçons sur la syphilis* (1879).

Gommes de l'estomac.

... Il y a 4 ans, j'ai fait à la Charité, dans le service de Woillez, l'autopsie d'une femme qui présentait, en même temps qu'une gomme du foie, des gommes de l'estomac. La muqueuse stomacale montrait, le long de la petite courbure et au voisinage du pylore, le relief de tumeurs aplaties, marronnées, l'une ayant cinq centimètres de diamètre, l'autre trois, et la dernière deux centimètres ; la muqueuse était conservée, mais amincie et adhérente à leur niveau. Sur une section perpendiculaire à leur surface, le tissu sous-muqueux épaissi et induré offrait une épaisseur de 8 à 12 millimètres : ce relief du tissu conjonctif sous-muqueux se distinguait parfaitement de la couche musculeuse située au-dessous. Le pylore était rétréci ; des ganglions hypertrophiés et indurés entouraient la petite courbure stomacale ; il existait, en outre, une cicatrice blanche, dure et rayonnée à la surface péritonéale de l'estomac. A

l'examen microscopique, la couche glandulaire de l'estomac, au niveau de ces petites tumeurs, se montra hérissée de petites saillies villeuses ou papillaires dues au bourgeonnement hypertrophique du tissu conjonctif qui entourait les glandes. Celles-ci étaient séparées par du tissu conjonctif épaissi et fibreux. Leur canal excréteur était rétréci, oblitéré parfois par le tissu conjonctif, bien que les culs-de-sac profonds des glandes fussent à peu près normaux. Ceux-ci se présentaient, en effet, à 1 millimètre ou 1 millimètre et demi de la surface de la muqueuse, sous la forme d'agglomérations de sections circulaires ayant le diamètre normal des culs-de-sac terminaux des glandes.

Ces glandes contenaient quelques cellules d'épithélium cubique et petit, ne formant pas un revêtement complet, si ce n'est dans les dilatations terminales qui étaient complétement tapissées par des cellules cylindriques à grosse extrémité tournée vers la paroi, à extrémité plus étroite tournée du côté de la lumière de la glande, qui contenait un liquide muqueux. Le tissu conjonctif sous-muqueux, qui constituait tout le relief de la néoformation, était serré, dense, feutré, parcouru par des vaisseaux sanguins perméables au sang. Il était formé de faisceaux de tissu conjonctif, entre lesquels il y avait de nombreuses cellules embryonnaires, rondes et petites ou un peu allongées. Ces cellules étaient parfois disposées en petits ilots. Les couches musculeuses très épaissies de l'estomac étaient composées de faisceaux de fibres lisses séparés par des bandes de tissu fibreux contenant beaucoup de cellules embryonnaires. Le tissu conjonctif sous-péritonéal présentait une néoformation de cellules analogue. Il s'agissait donc bien, dans ce cas, de gommes de l'estomac, aplaties, marronnées, situées sous la couche glan-

dulaire de la muqueuse, et dont la nature était affirmée encore par la présence d'une gomme hépatique.

Dans cette observation, la malade avait éprouvé des troubles gastriques, des difficultés dans la digestion, des douleurs stomacales, puis l'impossibilité de digérer. Elle était morte de complications pulmonaires, avec des vomissements, une tuméfaction des ganglions bronchiques et de la lymphangite...

OBSERVATION XXIX

KLEBS cité par GALLIARD, *loco citato.*

Ulcère gommeux de l'estomac.

Le sujet offrait des ulcérations et des cicatrices de la peau, du pharynx, de l'épiglotte, des gommes du poumon et du foie. Dans l'intestin, au niveau de la valvule iléo-cœcale et dans la dernière portion de l'iléon, existaient des gommes ulcérées. L'estomac présentait sur la face postérieure, à deux pouces du cardia, près de la petite courbure, une ulcération arrondie, de la grandeur d'une pièce d'un franc, comparable aux ulcérations syphilitiques de la base de la langue. Le fond de l'ulcère était constitué par les tuniques sous muqueuses épaissies, et du côté du péritoine on trouvait une plaque lisse et dure, saillante. A la coupe, on pouvait se convaincre qu'il s'agissait là d'une infiltration gommeuse des tuniques externes avec dégénérescence caséeuse du côté des membranes internes.

OBSERVATION XXX

Weichselbaum, cité par Oberndorfer, *loco citato.*

Ulcérations à base cicatrisée.

Homme de 25 ans, mort d'érysipèle, atteint de syphilis acquise (syphilis du pharynx, du larynx, du nez, du crâne et du foie). Deux ulcérations à base cicatrisée au niveau de la paroi postérieure de l'estomac, aux confins de la portion pylorique. Pas d'examen microscopique.

OBSERVATION XXXI et XXXII

Birch-Hirschfeld, cité par Oberndorfer, *loco citato.*

Lésions gommeuses de l'estomac.

Homme de 35 ans ; syphilis acquise depuis 4 ans (cicatrices du foie ; plaques gommeuses dans l'intestin grêle ; infiltration gommeuse des ganglions bronchiques et médiastinaux inférieurs). Une ulcération venant de l'œsophage et empiétant sur l'estomac, à fond lisse, en partie caséeux, à bords fibreux, épaissis. Au microscope, formation gommeuse récente.

Femme de 45 ans ; syphilis acquise depuis 6 ans ; maux d'estomac depuis 4 ans. Gommes du foie. Au niveau de la région pylorique, grosse plaque ulcérée, superficielle, à parois dures, cicatrisées. A l'examen microscopique, ulcération de la sous-muqueuse en partie cicatrisée, rétrécie. Oblitération des vaisseaux.

OBSERVATION XXXIII

Budat, cité par Oberndorfer, *loco citato*.

Lésion gastrique à évolution pseudo-cancéreuse.

Homme de 47 ans ; syphilis acquise. A eu des douleurs à l'épigastre, du sang dans les selles. Evolution de l'affection ressemblant à celle du cancer.

Autopsie. — Nodosités gommeuses dans le mésentère : gommes dans l'intestin grêle, les reins, le foie. Grosse rate. Ulcération syphilitique à la base de la langue. On voit dans l'estomac trois épaississements de la paroi (2 à la grande courbure, 1 près du pylore), avec destruction partielle de la néoformation s'étendant profondément. A l'examen microscopique, forte dégénérescence cellulaire de la sous-muqueuse, atrophie partielle de la musculeuse.

OBSERVATIONS XXXIV, XXXV et XXXVI.

Chiari (1891).

Lésions de l'estomac dans la syphilis acquise.

Premier cas (cité par Oberndorfer). — Homme, 23 ans, syphilis acquise deux ans avant sa mort. Tuberculose pulmonaire et catarrhe gastro-intestinal : vomissements nombreux, douleurs stomacales, évacuations diarrhéiques. A l'autopsie, gommes dans le poumon, le foie, le rein, l'intestin.

Au niveau des parois postérieure et antérieure de l'estomac, on rencontre une ulcération perforante de la grosseur de la paume de la main, et quatre épaississements de la paroi en forme de plateaux. A l'examen microscopique, la paroi de la grande ulcération et les petits épaississements présentent de l'hyperplasie de la sous-muqueuse.

Deuxième cas (cité par Dieulafoy). — Homme de 46 ans, ancien syphilitique, ayant succombé à des hématémèses. A l'autopsie, on rencontrait un ulcus en évolution, au niveau duquel existait une érosion de l'artère coronaire.

Troisième cas. — Femme de 66 ans, syphilitique, dont l'estomac présentait au niveau de sa paroi postérieure une cicatrice probable d'ulcère peptique.

OBSERVATION XXXVII

FRÆNKEL. *Médecine moderne* (1899).

Ulcérations gommeuses multiples de l'estomac et de l'intestin.

Frænkel à la Société médicale de Hambourg a donné l'observation d'un homme de 47 ans, qui succomba à l'hôpital à une péritonite par perforation. Pendant son séjour à l'hôpital, le malade présenta des troubles dyspeptiques. Le suc gastrique ne contenait pas d'acide chlorhydrique. L'anamnèse ne révéla rien de particulier.

A l'autopsie, on trouva des lésions très anciennes de l'estomac et de l'intestin grêle. L'estomac est le siège de 13 ulcé-

rations de diverses dimensions ; la plus grande s'étend de la paroi postérieure en avant jusqu'au pylore. Elle est produite par la confluence de plusieurs ulcérations plus petites et offre la configuration d'une carte de géographie. Les ulcérations les plus petites sont arrondies et ont un fond lardacé. Les ulcérations intestinales siègent exclusivement sur l'intestin grêle à 12 centimètres au dessous du duodénum, jusqu'à 68 centimètres au dessus de la région iléo-cœcale. Beaucoup de ces ulcérations sont annulaires. L'intestin grêle compte 31 de ces ulcérations, la dix-huitième était perforée.

L'examen microscopique a montré une prolifération de tissu de granulations s'étendant jusque dans le tissu sous-séreux. Les petites artères de l'estomac et de l'intestin avaient leur tunique interne épaissie, au point qu'il ne restait qu'une fente très étroite pour livrer passage au sang ; les veines étaient également lésées, surtout celles qui étaient situées sous la muqueuse. C'est grâce à la coloration des fibres élastiques que les veines pouvaient être reconnues. Dans certains points, la couche élastique de la veine était remplacée par un tissu de granulations, dans d'autres il y avait oblitération complète.

OBSERVATION XXXVIII

Scheib. — *Prager medicinische Wochenschrift* (1900).

Ulcères gommeux perforés de l'estomac.

Le 20 novembre 1899, on amenait aux fins d'autopsie le cadavre d'un homme de 51 ans de la clinique du professeur Pribram. Voici l'histoire clinique du malade : il avait toujours

été bien portant. Mais trois mois avant sa mort, en déchargeant une voiture de blé, il avait été pressé par un bœuf contre la voiture, et blessé dans les environs de l'estomac. Il a de suite beaucoup souffert et il a eu des vomissements. Son appétit a diminué et un mois après il a eu des vomissements de sang ; il a également rendu du sang par l'anus. A partir de ce moment, il a gardé le lit. Le 1er novembre 1899, il est entré à la clinique. On a constaté sur cet homme, qui était assez maigre mais sans fièvre, en dehors d'une inflammation des bronches, une tuméfaction douloureuse au niveau de la ligne blanche, au-dessous de l'ombilic. Le 3 novembre, on a pu faire vider le rectum au moyen d'injections et la tuméfaction a diminué ainsi que la douleur. Le 4 novembre, le malade a eu de la fièvre, et le 7 on a pu constater une pleurésie à droite en arrière. Le 19 novembre, à 7 heures du soir, il a toussé fortement et il a rendu une grande quantité de sang rouge pâle et écumeux par la bouche. Ensuite il a respiré avec peine malgré des injections de camphre et il est mort après quelques respirations.

Treize heures après la mort, on a commencé la dissection du cadavre ; le corps avait 174 cm. de long et la charpente osseuse d'une grandeur moyenne était solide ; les muscles étaient peu développés et le pannicule adipeux très effacé.

Rien à remarquer sur les organes génitaux ; mais dans le dos, et dans deux endroits, au dessous de l'angle inférieur de l'omoplate à droite, et encore un peu plus bas à gauche, il y avait deux cicatrices de 4 cent. carrés..... Infiltrations gommeuses dans les deux poumons, l'intestin et les ganglions mésentériques.....

Dans l'abdomen, entre l'estomac et le foie, et également entre l'estomac et la rate, il y avait environ un demi-litre

de sang rouge-pâle, frais et dans le ventre environ 300 centimètres cubes de sérum clair. En séparant la rate de l'estomac, on a aperçu, sur la paroi antérieure de la grosse tubérosité, a l'endroit où se trouve le hile de la rate, une perte de substance sur la paroi de l'estomac ; cette perte de substance laissait un vide de 3 centimètres de diamètre et du tissu de la paroi de l'estomac qui nageait dans de l'eau avec des résidus se trouvait sur la bordure du trou qui ressemblait à un entonnoir, car son diamètre avait 1 centimètre de plus dans le péritoine que du côté de la muqueuse, et diminuait de l'extérieur à l'intérieur ; en outre, il y avait dans un autre endroit de l'estomac, sur la paroi antérieure et inférieure de la portion pylorique, une infiltration ronde de 3 centimètres de diamètre et d'un demi centimètre d'épaisseur, soit de l'épaisseur totale de la paroi de l'estomac, qui était grisâtre et brun foncé dans l'intérieur. Cette nécrose allait jusqu'au centre du péritoine et avait perforé l'estomac de 2 millimètres, mais le trou était fermé par le colon transverse qui adhérait à cet endroit à l'estomac. Dans l'estomac on trouvait deux poignées de sang coagulé. La muqueuse gastrique était rouge et à l'endroit de l'infiltration indiquée ci-dessus, elle était très épaisse sur la surface d'une assiette et fortement tuméfiée...

L'examen histologique des infiltrations de l'estomac montrait l'hyperplasie du tissu conjonctif sous-muqueux sous forme d'un issu granuleux formé de cellules rondes, fusiformes, qui se continuait dans la partie centrale des infiltrations intérieurement sur la muqueuse et extérieurement sur la musculeuse et atteignait la séreuse qui était épaissie à ce niveau. A la périphérie, il n'y avait pas de nécrose. Vers le centre, toutes les tuniques de la paroi, jusqu'à la dernière tunique musculaire étaient nécro-

sées, tandis que dans le centre des infiltrations, la nécrose était complète jusqu'à la perforation. La muqueuse présentait sur la périphérie de la portion nécrosée des infiltrations de petites cellules, diffuses et circonscrites.

Les glandes stomacales étaient çà et là dilatées en forme de kystes.....

En considérant l'ensemble des lésions histologiques des infiltrations des poumons, de l'estomac et de l'intestin, nous trouvons partout un tissu granuleux formé d'un mélange de cellules rondes, fusiformes et géantes, qui paraissent souvent localisées autour des vaisseaux.

Les vaisseaux sanguins présentent dans la région des foyers morbides toujours les plus fortes altérations, sous forme d'endartérite proliférante, qui souvent aboutit à l'obturation complète du vaisseau. Cet état histologique est absolument caractéristique pour les formations gommeuses.

OBSERVATION XXXIX

STOLPER. CASSEL (1896).

Ulcères gommeux de l'estomac.

Karl Grünberg, 43 ans, ouvrier fourreur. Diagnostic clinique: Syphilis tertiaire. Tuberculose ou syphilis pulmonaire, myocardite. Mort le 3 décembre 1893. Autopsie le 4, 26 heures après la mort, par le docteur P. Stolper.

Anamnèse : le patient n'était que depuis deux jours en obser-

vation dans la section des maladies internes de l'hôpital de la Toussaint, tandis qu'auparavant il avait été traité par son médecin particulier. La déformation du nez, ainsi que les cicatrices du cou amenèrent plusieurs fois naturellement à demander au patient s'il se souvenait d'avoir eu la syphilis. Il nia chaque fois cette infection et expliqua les cicatrices cutanées par une prétendue brûlure.

Etant, nous dit-il, depuis l'année 1890 en traitement pour des troubles respiratoires et digestifs, c'est l'iodure de potassium, ainsi que le médecin l'a noté, qui a toujours rendu le plus de services de tous les divers médicaments auxquels on eut recours. Pour la dyspnée très forte on consulta même un laryngologiste, mais comme ce dernier ne put en découvrir la cause, ni dans le larynx, ni plus profondément, on considéra les altérations nasales comme la cause du bruit de scie particulier de la respiration. Le patient avait par moments une expectoration grumeleuse et fétide. A une autre époque survinrent des maux d'estomac, inappétence, douleurs et crampes surtout dans la région gastrique. Ces derniers troubles furent paraît-il, améliorés par hasard par l'iodure de potassium. Le patient se mit à maigrir en même temps que, dans les derniers temps, sa dyspnée s'accroissait de plus en plus. A l'hôpital, le malade ne put être examiné que superficiellement à cause de son état général grave. Dans l'expectoration, on ne découvrit aucun bacille de la tuberculose.

Diagnostic anatomique.— Syphilis invétérée. Pneumonie chronique du lobe inférieur droit, bronchite suppurée du lobe inférieur gauche ; dans ce dernier, bronchectasies. Des deux côtés, adhérences des feuillets pleuraux. Sténose cicatricielle très accentuée de la trachée et plus faible du larynx. Atrophie lisse de

la base de la langue. Tuméfaction ancienne et récente de tous les ganglions lymphatiques. Gommes ulcérées de l'estomac. Cicatrices syphilitiques du foie. Légère dilatation et hypertrophie des cavités droites du cœur. Bosse syphilitique du nez. Cicatrices cutanées sur la poitrine. Cicatrices sur le gland.

Estomac. — Sur l'organe, qui est peu dilaté, il n'y a extérieurement rien d'anormal à remarquer, ni dans sa situation, ni dans sa forme et son apparence ; seule la portion pylorique est recouverte par quelques pseudo-ligaments qui vont du foie au colon transverse.

A l'ouverture sort un peu de bouillie alimentaire grisâtre, demi-fluide. La paroi ne présente aux ciseaux conduits du pylore au cardia le long de la grande courbure aucune résistance inaccoutumée ; elle ne paraît pas épaissie en général sur la surface de la coupe, la muqueuse est partout facile à détacher des couches externes. A l'ouverture de l'organe on voit un aspect non habituel : au niveau de la paroi postérieure on remarque, environ sur une étendue telle qu'on peut exactement recouvrir les parties malades avec les doigts index et médius placés l'un à côté de l'autre, un épaississement avec changement de coloration sur la surface duquel se voient de nombreuses pertes de substance. Environ à la même distance (4 à 5 centimètres) du cardia, se voient deux bourrelets de la grosseur du petit doigt à développement graduel, qui, convergeant l'un vers l'autre, suivent généralement la longueur de l'organe, c'est-à-dire la direction du cardia au pylore. Peu à peu, comme ils débutent, ces épaississements s'arrêtent aussi bien aux extrémités que sur les côtés. Le bourrelet supérieur a juste 5 centimètres de long, l'inférieur copieusement rembourré est de la même longueur.

Par leur couleur en partie d'un rouge clair, en partie d'un rouge plus brunâtre, ils se détachent également distinctement du reste de la surface interne grisâtre de l'estomac.

Sur la surface extérieure séreuse de la paroi stomacale il n'y a pas de saillie visible, d'où une proéminence cylindrique d'autant plus marquée de la surface interne muqueuse. Tandis que la muqueuse gastrique paraît en général granuleuse, lâche et grisâtre, elle devient ici lisse, compacte, rougeâtre ; enfin, sur la surface de l'épaississement en forme de poutre, brillante, pour faire place finalement à des pertes de substance plus ou moins profondes.

On remarque trois grandes ulcérations et autant de plus petites ; la grande a 2 centimètres de long et la moitié de large, la plus petite est de la grosseur d'une lentille ; leur forme est ronde ou ovale. Les bords jaunâtres des ulcérations sont peu taillés à pic, mais sont très compacts, leur fond est jaune, lardacé, coloré en partie par du pigment noir. Sur une coupe, la muqueuse paraît interrompue dans l'étendue de l'ulcère, par contre la sous-muqueuse est répandue très solidement sur environ 3/4 de centimètre et remplacée par un tissu compact, d'un gris jaunâtre un peu vitreux, qui ne s'arrête pas entièrement en pente brusque contre la muqueuse qui n'est que légèrement épaissie. Au niveau de la petite courbure, à proximité du cardia, tout près de la séreuse, se trouvent quelques noyaux glandulaires de la grosseur d'une noisette, qui à la coupe paraissent pâles...

Pour l'examen microscopique, nous avons pris des pièces en premier lieu dans le bord même de l'ulcère et en second lieu dans une des portions de la paroi stomacale non ulcérées, mais épaissies.

Le processus morbide, c'est-à-dire ce qui saute aux yeux, se joue essentiellement dans la sous-muqueuse ; car l'ulcération de la muqueuse ne doit être regardée que comme le résultat des modifications liées à l'altération des vaisseaux nourriciers de la sous-muqueuse. Quoique la muqueuse soit entièrement disparue dans l'étendue de l'ulcération, et qu'en un point même la *muscularis mucosæ* soit presque dépassée, on peut encore très bien différencier les diverses couches de la paroi stomacale. Et l'on voit ainsi que l'épaississement de cette même paroi est presque exclusivement formé par l'épaississement de la sous-muqueuse. La cause de cet épaississement est une transformation particulière de cette couche, qui, comme elle passe peu à peu d'une façon sensible de l'état sain à l'état malade, se laisse très bien suivre. Dans le tissu conjonctif à grandes mailles, riche en gros vaisseaux, apparaissent peu à peu de plus en plus des fibres particulières, muqueuses ou rappelant morphologiquement un réseau de fibrine. Ces fibres semblent d'un gris noirâtre dans la préparation non colorée, pourtant elles offrent un ton un peu jaunâtre ; à un grossissement plus fort et avec un diaphragme suffisant, on distingue un feutrage fin et serré. Contrairement à la coloration entièrement nulle des noyaux, ces parties prennent un peu l'éosine ; l'acide picrique, suivant la méthode de coloration de Guison leur communique un ton jaune mat, par lequel elles se détachent fortement à côté du tissu conjonctif périvasculaire, qui est d'un rouge clair. Dans la préparation avec coloration simple à l'hématoxyline ou le carmin à l'alun, elles ont un aspect gris à peu près comme des places, qui, n'ayant pas été suffisamment lavées, ne se seraient pas éclaircies par l'huile.

Entre ces parties passent, traversant la paroi, des bandes

plus minces avec coloration apparente des noyaux. Ces dernières se rattachent essentiellement aux vaisseaux, qu'elles isolent. Ce ne sont pas de simples fibrilles de tissu conjonctif, qui ont subsisté là parmi le tissu nécrotique, mais il apparaît de grosses cellules qui, sur la préparation fraîche non colorée, font penser par leurs granulations à des cellules épithéliales légèrement malformées, mais après coloration se caractérisent comme de grosses cellules de tissu conjonctif. En outre de cette inflammation péri-vasculaire, on voit aussi une abondante prolifération à la surface interne des artères, surtout dans celles de calibre inférieur, dont l'étroite lumière n'est pas en rapports avec l'épaisseur de leurs parois. La richesse des vaisseaux et leurs altérations s'accroissent du côté de la *muscularis mucosæ*. Là on trouve également des amas isolés, de forme ronde, de cellules de granulations, sans qu'on trouve encore une lumière vasculaire même dessinée. Dans la muqueuse elle-même on remarque là où elle n'est pas près de la normale comme dans le reste de l'estomac, ou bien où elle est déjà nécrotique comme dans les alentours les plus voisins de l'ulcère, au-dessus de la sous-muqueuse infiltrée un tissu de soutien interglandulaire compact et riche en cellules. Rarement les follicules glandulaires semblent être abondants ; on rencontre fréquemment ces amas arrondis de lymphocytes qui, dans la muqueuse, reposent sur la *muscularis*. Dans la couche musculaire de la paroi stomacale, il n'y a rien d'anormal à remarquer en dehors d'une altération des vaisseaux de faible degré suivant la forme mentionnée plus haut...

OBSERVATION XL et XLI

VIRCHOW. *La syphilis constitutionnelle* (traduction de Paul Picard).

Epaississements de la muqueuse gastrique.

Homme de 47 ans, atteint de syphilis constitutionnelle. Lésions gommeuses du cœur. Orchite simple et gommeuse... La muqueuse de l'estomac est très épaissie et colorée en rouge foncé.

Homme de 32 ans. Ostéite et périostite étendues des os du crâne, d'apparence gommeuse. Tuméfaction médullaire des ganglions inguinaux et lombaires... Muqueuse de l'estomac légèrement ardoisée, épaissie au pylore.

OBSERVATIONS XLII à XLVII

WAGNER. — *Dissertatio Lipsiœ* (1863).

Hypertrophie des parois de l'estomac.

Homme de 58 ans, qui s'était fait traiter souvent pour du psoriasis syphilitique. Lésions syphilitiques du larynx.... L'estomac était de grandeur normale et l'on voyait au niveau de la paroi postérieure une plaque ovalaire, située à 2 centimètres 5 du pylore, d'une longueur de 1 centimètre, bien

délimitée et dépassant les parties voisines de 1 millimètre. En ce point, la muqueuse ne pouvait nullement se mouvoir sur les couches sous-jacentes, quoique, du reste, elle fut lisse et de couleur normale ; toutes les tuniques de l'estomac étaient de beaucoup plus épaisses ; la musculaire paraissait aux yeux simplement (sans le concours du microscope) être hypertrophiée, comme l'on dit.

Homme de 36 ans ; autopsie pratiquée le 18 avril 1858. Le malade avait commencé à maigrir deux ans avant sa mort et à présenter un aspect abattu. Il se nourrissait avec plaisir et abondamment, mais souvent se plaignait de nausées, plus rarement il avait des vomissements. On pouvait noter, sous le lobe gauche du foié, un point un peu plus dur, qui causait quelque douleur, pouvait quelque peu se déplacer, et s'étendait davantage dans le sens horizontal. A la suite, le malade fut longtemps traité par un médecin homéopathe. Puis, le savant docteur Hennig ayant été appelé de nouveau pour le soigner, il avait alors l'apparence presque livide, qu'on rencontre d'habitude chez ceux qui souffrent de carcinome. Il ne pouvait digérer qu'une nourriture très légère et semi-liquide ; il vomissait toute autre nourriture quelques heures après le repas. La tumeur s'étendait surtout en largeur, moins en épaisseur, causait plus de douleurs et occupait une position plus basse qu'auparavant. Il y avait une forte constipation. Ni le médecin qui le soigna, ni celui qui fit l'autopsie, ne s'informèrent si le malade avait eu la syphilis..... L'estomac, non entièrement adhérent aux parties voisines, est petit, manque presque de fond et apparaît comme très dur. La séreuse est quelque peu rugueuse, pâle, et au niveau de la petite courbure injectée en certains points. Le pylore semble d'un calibre de 3 milli-

mètres à peine et proémine dans le duodénum *simili modo ut portio vaginalis uteri in vaginam*. La cavité stomacale est vide et recouverte partout d'une couche très tenace et peu épaisse de mucus. Sur la surface interne, qui est très rugueuse surtout au nivau de la grande courbure, on remarque quelques places proéminentes et non dissemblables sur la coupe longitudinale.

Dans les régions proéminentes, comme également dans les plis, la muqueuse est rouge, contenant beaucoup de sang, mais en d'autres points elle est pâle. Toutes les tuniques de l'estomac sont bien plus épaisses ; elles se montrent séparées les unes des autres. Au milieu de la petite courbure, l'estomac atteint une épaisseur de 32 millimètres, au niveau du pylore de 15–20 millimètres. La muqueuse, dans la portion médiane de l'estomac, est épaisse de 2 millimètres ; de là elle s'amincit graduellement vers le cardia et le pylore de façon à avoir une épaisseur normale en ces deux points ; mais partout elle adhère étroitement avec la sous-muqueuse, laquelle depuis le cardia jusqu'en un point situé à 1 centimètre du pylore s'accroît en épaisseur, et dont l'épaisseur est de 6 millimètres dans la portion médiane de l'estomac, de 10–15 millimètres dans les saillies énumérées plus haut, de 12–15 millimètres au point situé à 1 centimètre du pylore, de 10 millimètres au pylore lui-même.

La sous-muqueuse est d'une couleur jaune cendrée, semblable à celle des tumeurs fibreuses ; elle est homogène, forte et sèche. Partout des stries, dont l'épaisseur atteint 1 millimètre, et qui sont de la même nature que la sous-muqueuse, gagnent de là la musculaire, dont l'épaisseur est de 10–12 millimètres. La séreuse et la sous-séreuse ont une épaisseur de 16 millimètres dans la portion médiane de l'estomac, de 10–12

millimètres au pylore, suivant la normale d'ailleurs. Tous les plis de la séreuse adhérents à l'estomac sont beaucoup plus épais et contiennent beaucoup de ganglions d'un rouge cendré, ovales, dont quelques-uns sont de la grosseur d'une fève. Ces ganglions sont très durs et secs, parsemés, à la coupe, de taches jaunes et cendrées.

Homme de 61 ans ; autopsie pratiquée le 11 mars 1857..... L'estomac est un peu dilaté, de forme normale. Dans la région pylorique, on perçoit à la vue et au toucher une sorte de tumeur située sous le lobe gauche du foie. Le pylore est accessible au médius. La muqueuse gastrique, au voisinage du pylore, est proéminente dans tout son circuit et certes sur l'étendue d'une paume de main, en partie d'une façon égale, en partie à la façon d'une tubérosité (*partim æqualiter, partim ad tuberum modum prominet*). Au même point, on aperçoit deux ulcérations, limitées par des bords presque orbiculaires, l'une de 1 centimètre carré 1/2, l'autre de 2 centimètres carrés de grandeur. Leurs bords, hauts de 1/2 à 1 millimètre, larges de 1 millimètre au moins, représentent un peu par leur mollesse une pente tapissée de soie (*modice proclives holoserici mollitiem imitando effingunt*) ; ils sont parsemés de points et de stries d'un rouge vif.

Le fond des ulcérations couvert, en des points très espacés, de certains résidus jaunâtres de tissus détruits, de la grosseur d'un pois ou d'un grain de millet, étendus sur une grande surface, est coloré en vert dans sa plus grande partie, et par places par du pigment ou du sang des vaisseaux.

La tumeur est assez fortement résistante au couteau. La surface de la coupe, obtenue par la dissection, est de couleur

cendrée, homogène, humide et donne une certaine quantité de suc non transparent.

La muqueuse et la sous-muqueuse ne peuvent être distinguées facilement ; dans les parties exulcérées, elles sont soit un peu, soit nullement plus épaisses, étant en réalité dans les autres régions d'une épaisseur de trois quarts à 2 millimètres et demi ; elles sont blanches, molles et homogènes. La musculaire épaisse de un à trois millimètres est couverte de très nombreuses stries disséminées d'une façon égale, adhérentes à la sous-muqueuse et de même nature que cette dernière ; ces stries ont une épaisseur moindre du côté de la séreuse. La séreuse adhère étroitement aux parties voisines et présente plusieurs saillies planes de la grosseur d'une lentille ou d'une fève. Les autres parties de l'estomac sont normales.....

Homme de 56 ans ; autopsie pratiquée le 16 juin 1860. (Les premiers symptômes de sténose pylorique apparurent en septembre 1859 ; depuis cette époque, la maladie évolua à peu près de la même manière qu'évolue d'ordinaire le carcinome du pylore. Quelque temps avant sa mort, le malade vomit du sang et eut des selles sanglantes. Une certaine tumeur située dans le cou existait depuis trente ans). Le corps, de grandeur moyenne, présente tout à fait l'apparence attribuée à la cachexie cancéreuse. La peau est d'une couleur sale basanée, très mince, dépourvue de graisse..... L'estomac est à sa place ; il est très contracté, nulle part adhérent et paraît dur au toucher. Les parties voisines

Sont partout de grandeur inégale, et en plusieurs points du moins sont beaucoup plus épaisses et plus courtes, surtout les ligaments gastro-hépatique, gastro-splénique et gastro-colique ; le premier est entièrement fibreux et a, en certains points, une épaisseur d'un millimètre et demi. Sur la séreuse de la portion

gauche de l'estomac sont disséminées de très nombreuses taches rougeâtres, très minces. A la section, on remarque que les tuniques de l'estomac sont bien plus épaisses vers l'œsophage et le duodénum, et sont certes aussi mieux délimitées dans la moitié droite de l'estomac que dans la moitié gauche. La membrane muqueuse fait saillie dans la cavité stomacale sous forme de nombreuses tubérosités assez bien circonscrites, ovales, molles et noirâtres ; à la surface de la section, on remarque que la muqueuse forme avec la sous-muqueuse une couche unique d'une épaisseur de deux à deux millimètres et demi, qui est fibreuse et faiblement irriguée par le sang. La tunique musculaire, qui est à la fois fibreuse et musculaire, est épaisse de un millimètre à un millimètre et demi. La séreuse, unie à la sous-séreuse, est dure, fibreuse, épaisse de trois quarts à un millimètre. La cavité stomacale renferme un peu de mucus sanguinolent. Tout près de la grande courbure, on remarque quelques glandes dures, sèches, de grandeur normale.....

Préparation n° 859 de la collection de l'amphithéâtre d'anatomie de Leipzig (Cerutti : *Beschreibung der patholog. Præparate*, etc.) (1819)... La moitié droite de l'estomac est rétrécie et sa portion pylorique est très étroite. Sur la surface externe de la portion pylorique, surtout vers la petite courbure, il existe un très grand nombre de places plus dures, formant une marque ou une tache, de l'épaisseur de 1/2 à 3/4 de millimètre, bien délimitées, d'un jaune cendré ; on aperçoit, en outre, sur la paroi postérieure un certain endroit plus déprimé, formé de tissu cicatriciel, situé à 1 centimètre 1/2 du pylore, long de 3/4 de centimètre, large de 1/2 à 1 millimètre, haut de 2 à 3 millimètres. On remarque que le pylore est bien plus épais que la paroi stomacale et fait saillie dans le duodénum, comme

le col dans le vagin (*ad portionis vaginalis modum*). Sur la petite courbure se trouve située une place ovale, assez bien délimitée, d'une grandeur de 1 centimètre carré 1/2, nettement déprimée, et présentant un aspect régulier et semblable à une tunique sous-muqueuse lisse. Le reste de la membrane muqueuse jusqu'en un point situé à 3 centimètres du pylore, est, en partie également hypertrophié, en partie couvert d'un très grand nombre de petites élevures. Toutes les tuniques sont plus épaisses et cela d'autant plus qu'elles sont plus proches du pylore ; la muqueuse et la sous-muqueuse ne peuvent être facilement distinguées à la vue, et les deux couches réunies ont une épaisseur de 2 à 3 millimètres. La musculaire, par ses stries fibreuses régulièrement disposées, offre l'apparence d'un éventail (*flabelli præbet speciem*). La séreuse et la sous-séreuse sont un peu plus épaisses.

Préparation n° 64 de l'ancien catalogue de la collection particulière de l'hôpital Saint-Jacob, de Leipzig... Femme de 73 ans, qui éprouvait depuis plusieurs années jusqu'au dernier jour des symptômes qu'on attribuait à un catarrhe chronique assez grave de l'estomac, et non à une sténose du pylore. En outre, phénomènes cérébraux dans les six dernières années...

A l'autopsie, tumeur de la dure-mère considérée comme un syphilome... La région pylorique de l'estomac, sur une surface orbiculaire de 3 centimètres d'étendue, est en grande partie dans l'état suivant. La membrane muqueuse est très rugueuse dans sa plus grande partie ; en quelques rares places par contre, en particulier au niveau de la paroi antérieure, elle présente des cicatrices nettes ; nulle part, elle ne peut se mouvoir sur les couches sous-jacentes. La paroi de l'estomac a partout une épaisseur de plus de 1/2 centimètre. Toutes les tuniques sont

bien séparées l'une de l'autre. La muqueuse, en plusieurs points, qu'elle présente ou non des cicatrices, est d'une épaisseur de 1/2 à 1 millimètre, d'un blanc bleuâtre, homogène. La sous-muqueuse presque partout a une épaisseur de 3 millimètres, et offre l'apparence d'un éventail. La sous-séreuse, unie à la séreuse, a une épaisseur de 3/4 à 1 millimètre ; elle ressemble à la sous-muqueuse. La surface externe de la séreuse est presque normale, sauf qu'elle a partout une teinte brunâtre.

OBSERVATION XLVIII

Drozda cité par Galliard, *loco citato*.

Cicatrice de l'estomac.

Journalier de 34 ans, ayant eu, il y a plusieurs années un chancre syphilitique dont on retrouve la trace très nette. Il y a quatre ans, ictère. Depuis trois ans, douleurs pongitives à l'épigastre avec irradiation à l'épaule droite. Vomissements alimentaires et bilieux, plusieurs hématémèses. Constipation. Depuis trois semaines, l'état s'est aggravé, le malade entre à l'hôpital le 14 juillet 1879. Anémie profonde; violentes cardialgies ; légère dilatation de l'estomac. On trouve, outre la cicatrice du pénis, des ganglions inguinaux et sus-épitrochléens.

Le malade a de plus du gonflement de la parotide droite (abcès). Le 3 août, l'abcès parotidien s'ouvre spontanément. L'état gastrique est fort mauvais, vomissements bilieux. On

constate de l'ascite, la rate se tuméfie. Le 13, œdème des membres inférieurs. Douleurs gastriques très vives. Le 15, hématémèse. Urine rare, légèrement albumineuse. Le 18 et le 24, vomissements bilieux et hématémèses. Le 12 septembre, on remarque à la paroi abdominale le développement considérable du réseau veineux. Le 25, hématémèse, collapsus. Mort.

Autopsie. — Syphilomes du foie et du pancréas... Dans l'estomac, à 7 centimètres du cardia, la grosse tubérosité présente une cicatrice rayonnée, dont le diamètre a plus de 2 centimètres et qui comprend toute l'épaisseur de la paroi gastrique. A son niveau, le péritoine épaissi fixe l'organe à la rate. Le ligament gastro-splénique est transformé en tissu calleux, dur, blanc nacré.

OBSERVATION XLIX

MURCHISON cité par Galliard, *loco citato.*

Ulcère de l'estomac.

John R... a contracté la syphilis il y a cinq ans (en 1864) ; depuis lors il a une légère toux et de l'enrouement. Il a aussi commis beaucoup d'excès. En mars 1869, après de violents efforts, nausées, hématémèse abondante pendant deux jours. Pas de vomissements depuis lors.

Le 10 novembre 1869, hématémèse et melœna. Jamais le malade n'avait eu de symptôme gastrique.

Avant la mort, un peu d'ascite.

Autopsie. — Cirrhose du foie... Estomac : pas d'érosions hémorrhagiques. Ulcère superficiel d'une ligne et demie à deux pouces du cardia. Au centre de l'ulcère, ouverture portant sur un fort rameau de l'artère gastrique.

OBSERVATION L

HEMMETER. *Diseases of the Stomach* (1898).

Gastrite chronique diffuse.

Le professeur S. Flexner, médecin à The Johns Hopkins Hospital, nous a offert l'estomac d'un nègre syphilitique qui a eu des gommes dans les points suivants : 1° Os frontal, avec extension aux méninges et aux circonvolutions frontales du cerveau ; 2° une dans le foie ; 3° une dans la rate ; 4° trois dans les ganglions mésentériques ; 5° une dans le testicule et l'épididyme. L'auteur était présent à l'autopsie, qui fut faite par le Dr Flexner, mais n'a pas vu le malade avant sa mort. Après durcissement dans le formol, les coupes furent colorées à l'orange G, et à l'hématoxyline. Toutes les coupes, quelle que soit la portion de l'estomac où elles furent faites, montraient une gastrite diffuse intense. Au premier abord, nous ne réussîmes pas à trouver des signes caractéristiques de syphilis. La surface de la muqueuse était couverte de fines élevures granuleuses, tout à fait évidentes à l'œil nu. L'épithélium cylindrique était détruit sur toute la surface. Il

y avait de l'endartérite très caractéristique et de l'épaississement des parois vasculaires, amenant l'oblitération de la lumière du vaisseau (endartérite oblitérante). Dans toute la muqueuse et la sous-muqueuse, on trouvait d'innombrables nodules miliaires, environ de la grosseur d'une tête d'épingle, composés d'une collection de petites cellules rondes, en apparence fortement entassées. Plusieurs de ces nodules se montraient dans la sous-muqueuse, mais en ce point ils étaient clairsemés. La majorité de ces derniers reposaient sur la *muscularis mucosæ*, et de là s'étendaient au-dessus dans la couche glandulaire, repoussant, comprimant et altérant ce qui restait des conduits glandulaires. Certaines des infiltrations de petites cellules rondes ressemblaient à des glandes lymphoïdes normales de l'estomac. La majorité de celles-ci étaient cependant plus volumineuses que les glandes lymphoïdes de l'estomac, s'étendant de la sous-muqueuse à la surface de la muqueuse. En de nombreux points, des collections de cellules rondes avaient traversé les fibres de la *muscularis mucosæ*, divisant en deux cette couche, qui forme habituellement une seule tunique. En quelques points la *muscularis mucosæ* était en apparence déchirée en deux et entraînée, soit en-dessous dans la sous-muqueuse, soit au-dessus dans la muqueuse, sous forme de gros faisceaux, par les masses infiltrantes de cellules rondes. La couche des fibres musculaires longitudinales était également divisée par des infiltrations volumineuses de petites cellules rondes. Les fibres de la *muscularis mucosæ* s'élèvent normalement dans la couche glandulaire, et entourent les tubes glandulaires. Cependant nous n'avons vu nulle part ces fibres musculaires former des masses aussi volumineuses que dans ces spécimens. Par

places, la couche glandulaire était tout entière remplacée par une masse de petites cellules rondes...

OBSERVATION LI

FLEXNER. — *The American Journal of The medical Sciences* (1898).

Ulcère perforé de l'estomac d'origine vasculaire.

Le cas que j'ai à relater est celui d'un homme, âgé de 52 ans, dont la maladie remontait à trois ans. Cet homme était un malade du Dr Irving Miller, de Baltimore, à qui je dois l'importante observation clinique, et le privilège d'avoir été choisi pour faire l'autopsie. Il était resté deux fois à l'hôpital, mais seulement pour y être examiné ; il n'y était pas en traitement. Le Dr Miller nous écrit : « Je vis pour la première fois le malade en août 1892. A ce moment c'était un homme gros, fort bien nourri, d'environ six pieds de haut et pesant 170 livres. Son poids moyen était de 200 livres. Il exerçait la profession de directeur de spectacle forain. Sa maladie apparut pour la première fois à la Noël dernière, pendant qu'il remplissait un engagement à Boston, et se trouvait dans une partie de débauche. Elle débuta par une dure période de vomissements qui dura plusieurs jours et fut suivie de frissons irréguliers. Cet état de choses continua par boutades jusqu'à l'été, lorsque je le vis pour la première fois. A ce moment, la température oscillait autour de 101°F. ;

il y avait une tumeur dans la région splénique s'étendant à 9 centimètres au-dessous du rebord costal, et en avant tout près de l'ombilic. Une sensibilité exquise était accusée sur toute sa surface. Je considérais la tumeur comme formée par la rate hypertrophiée. L'urine contenait du pigment biliaire et il y avait un peu de pigmentation de la peau. On ne trouvait ni sucre, ni albumine dans l'urine.

On nota un peu de changement à cet état de choses pendant quelques mois, car la tumeur splénique fut trouvée sensiblement diminuée et il était apparu de l'ascite.... Ponctions successives... L'accumulation de liquide continua pendant deux ans, puis commença alors à diminuer, jusqu'à ce qu'il n'en restât plus qu'une très petite quantité pouvant séjourner dans l'abdomen... La nuit avant sa mort, le patient dîna abondamment de crabes frits et de crême glacée. Quand je le vis, quelques heures avant sa mort, il avait de violentes douleurs abdominales et du tympanisme. Le pouls était fibreux, faible, marquait 130 à la minute ; il y avait des sueurs profuses. La mort eut lieu au début de la matinée »....

L'autopsie fut faite huit heures après la mort par un jour chaud de juin. *Diagnostic anatomique :* Adhérences anciennes entre le foie, l'estomac, la rate et le pancréas. Grosse gomme hépatique. Ulcère syphilitique de l'estomac avec perforation. Péritonite aiguë diffuse, séro-fibrineuse et caséeuse.

... En séparant doucement les adhérences en cette région, on vit le contenu de l'estomac faisant issue par une petite ouverture de cet organe. Cela concordait avec les matières trouvées dans la cavité péritonéale, lorsqu'elle fut ouverte de prime abord. La paroi de l'estomac en ce point était ferme comme une plan-

che et, en la disséquant en l'absence de la rate, on la trouva épaissie hors de toutes proportions avec le reste de l'organe. La perforation s'était faite sous les adhérences spléniques et en un point incomplétement recouvert par l'épiploon. A l'ouverture de l'estomac, qui était très resserré, la muqueuse offrait une apparence mamelonnée, mais, au niveau du fond, à 4 centimètres du cardia et occupant la grande courbure, se trouvait un vaste ulcère, mesurant 5x5 centimètres. Sa base, sur la plus grande partie de la région centrale, était formée par la musculaire ; ses bords étaient épais, fermes, d'apparence polypeuse, et la perforation mesurait 15x3 millimètres de dimensions. Tout autour de la perforation, les tissus présentaient une apparence verdâtre, nécrotique... Dans le but d'une étude microscopique, des pièces de l'ulcère provenant de plusieurs parties différentes furent soumises à l'examen. Les principaux caractères microscopiques sont les suivants : le processus pathologique est localisé principalement dans la sous-muqueuse, et existe à deux stades différents. Le premier stade est le moins fréquent et consiste en une infiltration cellulaire de la sous-muqueuse, qui rend cette tunique plus épaisse qu'à l'état normal. Les cellules appartiennent en général au type des cellules de tissus de granulations dont beaucoup sont volumineuses et d'apparence épithéliale. Elles sont placées entre des fibrilles de l'ancien tissu conjonctif et réunies en larges foyers, plus indépendants. L'infiltration s'étend de la sous-muqueuse à la tunique musculaire et à un faible degré à la muqueuse. La *muscularis mucosæ* est pour la plus grande partie la ligne limite. Dans les accumulations de grandes cellules, se produisent des foyers de nécrose. Ceux-ci sont très grands, et consistent en centres de nécrose de coagulation, dont les caractères saillants sont la fragmentation

abondante des noyaux et l'immigration de leucocytes à noyaux polymorphes. Les foyers de nécrose s'étendent facilement dans le muscle et pas partout dans la muqueuse. Les vaisseaux sanguins, en ce point, présentent une simple infiltration de l'adventice, sauf dans les aires de nécrose, où ils sont oblitérés. Le second stade est plus commun, et se rencontre dans toutes les parties de l'ulcère et les tissus formant ses bords élevés.

Il consiste en tissu fibreux dense qui est également surtout développé dans la sous-muqueuse et s'étend ensuite dans la tunique musculaire. Des cellules de tissus de granulations se trouvent dispersées parmi les fibrilles qui se sont développées. Les vaisseaux sanguins sont largement atteints ; l'endartérite et l'endophlébite oblitérante, ainsi que la thrombose hyaline, sans organisation du thrombus, sont fréquentes. La tunique séreuse, elle aussi, est épaisse et, en plusieurs endroits, l'est encore davantage au niveau des adhérences. La base de l'ulcère est couverte sur une certaine étendue par la muqueuse, et c'est seulement en son centre qu'elle est à nu. La tunique musculaire est exposée en cette région, et les fibres les plus superficielles sont tout à fait nécrosées. Les bords élevés de l'ulcère ne sont pas, d'une façon évidente, les simples restes des vieilles muqueuse et sous-muqueuse. Ceci est prouvé par la comparaison avec la muqueuse saine environnante, qui est beaucoup moins surélevée. L'examen microscopique montre que cet épaississement est dû à une néoformation de tissu fibreux dense, tel qu'il a été décrit dans le second stade du processus pathologique général...

OBSERVATION LII

HEMMETER ET STOKES. *Johns Hopkins Hospital Reports* (1900).

Gastrite chronique hypertrophique avec sténose du pylore.

J. S..., 24 ans, célibataire ; profession bourrelier. Entré le 6 mars 1899 à l'hôpital de « Maryland University ». Le malade avoue deux gonorrhées et une syphilis certaine.

L'infection syphilitique a précédé de deux années sa maladie présente. Il déclare avoir eu deux chancres, qui furent tous deux cautérisés par un médecin, mais furent néanmoins suivis d'une éruption cutanée, de rhumatisme et de douleurs, de chute des cheveux et d'engorgement ganglionnaire. On le traita par des frictions mercurielles. Le malade avoue aussi son penchant pour l'alcool. Un an environ avant son entrée à l'hôpital, en mars 1898, il fut traité pour de la dyspepsie qui, cependant dit-il, avait existé pendant un temps considérable avant l'institution de ce traitement. L'exacerbation des symptômes, auxquels s'étaient ajoutés des vomissements, le porta à se faire traiter.

Il y eut une amélioration graduelle qui dura pendant trois ou quatre mois, à la suite des lavages et de la diète lactée. On notait à ce moment que la nourriture liquide était en apparence bien digérée et produisait peu de douleurs gastriques, tandis qu'il était presque de règle que la nourriture solide causât des douleurs, jusqu'à ce qu'elle fût vomie.

Vers la fin de 1898, le malade fut atteint d'iritis qu'on traita par les frictions mercurielles.

A peu près à cette époque, les symptômes gastriques allaient en croissant et les douleurs consécutives n'étaient apaisées que par le lavage de l'estomac. Pendant ce lavage, destiné à calmer les douleurs, on fit des recherches pour l'acide chlorhydrique, la pepsine et le chyme. Les épreuves ordinaires montrèrent l'absence d'HCl libre et combiné, aussi bien que de ferments, de pepsine et de chyme. D'après cela on risqua le diagnostic de gastrite chronique avancée. Le lait, quand il était absorbé, était vomi au bout d'environ une heure et demie, dans le même état qu'au moment de l'ingestion. Etant donnée la petite quantité de liquides que le malade pouvait prendre en une fois et également la petite quantité de liquide qui pouvait entrer dans l'estomac pendant le lavage, sans provoquer de douleurs, on pouvait conclure que la capacité de cet organe était bien diminuée. L'épreuve de la distension gastrique par l'acide carbonique, destinée à rendre plus facile l'examen de l'estomac par la palpation, n'eut aucun succès, car, étant données l'épaisseur et l'inextensibilité des parois stomacales, le gaz fut chassé avec une grande violence à travers l'œsophage et la bouche. Plusieurs tentatives pour insuffler le duodénum à travers le pylore échouèrent. Ces différents faits ainsi réunis conduisaient, croyait-on, au diagnostic de sténose du pylore et l'on pensait, attendu que la maladie durait depuis deux ans au moins, et qu'il n'y avait aucune preuve en faveur d'un carcinome ou d'une autre tumeur maligne, que cette sténose était du type bénin. Le 26 mars, un petit fragment de muqueuse gastrite fut obtenu par le lavage de l'estomac, et ce

fragment, à l'examen microscopique, montra l'absence de cellules des glandes peptiques et une infiltration diffuse de petites cellules rondes, ce qui indiquait l'existence d'une gastrite chronique. A ce moment le malade n'était pas cachectique ; les muqueuses des gencives et de la conjonctive étaient de couleur normale. Les organes paraissaient en général normaux à toutes les épreuves.

L'estomac lui-même ne pouvait pas être palpé dans sa totalité. Une sonde contenant une spirale d'acier fortement enroulée dans un tube en gomme élastique, qui se terminait par un petit ballon extensible en gomme, ne put être sentie, après son introduction dans l'estomac ; sous la paroi abdominale on ne sentait aucune tumeur, et on ne voyait pas de mouvements péristaltiques. Les ganglions inguinaux étaient engorgés. L'urine ne contenait rien d'anormal. L'hématimétrie montrait seulement une diminution des globules rouges et de l'hémoglobine. Le 10 mars, il y avait 3.009.000 globules rouges par millimètre cube, et 69 o/o d'hémoglobine. Il y avait 8250 leucocytes.

On fit le diagnostic de gastrite chronique hypertrophique avec atrophie de la muqueuse et sténose hyperplastique du pylore, et l'on conseilla au malade de subir une opération. Le 27 avril, le Dr L.-M. Tiffany ouvrit l'abdomen et mit à nu un estomac très petit, qui, lorsqu'il fut sorti par l'incision, fut trouvé avoir des parois fort épaissies. Une masse indurée siégeant sur la grande courbure dans la région pylorique fut prise pour une tumeur, probablement un carcinome. Une petite portion de cette masse fut excisée pour l'examen histologique.

On fit une opération de Heinecke-Mickulicz et on referma la paroi abdominale.

Après l'opération, le lait et le blanc d'œuf traversaient l'estomac, le lait apparaissant dans les selles, et il n'y eut aucun vomissement après la guérison des effets de la narcose. Le 1er mai, un abcès se développa dans la mâchoire gauche ; toute la face se tuméfia et une infection générale survint. La terminaison fatale eut lieu le 19 mai. Autopsie le 20 mai 1899.

Diagnostic anatomique : Incision chirurgicale de la paroi abdominale et incision cicatrisée de la paroi gastrique ; abcès sous-hépatique localisé ; abcès céphalique ; infection générale avec bacillus pyocyaneus et staphylococcus aureus ; gastrite chronique diffuse avec hypertrophie du muscle gastrique... *Estomac :* La paroi stomacale est très épaissie, cet épaississement étant surtout marqué au niveau du pylore, qui, à la section, présente une tunique interne épaisse, de tissu pâle et blanc, qui contraste avec les bandes externes de tissu musculaire.

L'orifice pylorique est fortement resserré, admettant une sonde pas plus épaisse qu'un crayon de mine de plomb. L'estomac est petit, ses dimensions totales étant de 9×6 centimètres ; sa plus grande épaisseur est au niveau de la paroi pylorique, qui a en moyenne 1 centimètre, tandis que l'épaisseur moyenne de la paroi stomacale est de 6 millimètres. La surface interne ou muqueuse est de couleur brun-verdâtre, hémorrhagique par places, et présente d'une manière générale une surface grossièrement granuleuse...

Description histologique. — Pylore et duodénum.

A la réunion du pylore et du duodénum, la paroi stomacale est manifestement épaissie. Cet épaississement se ter-

mine d'une façon presque abrupte sur la ligne de séparation des deux portions mentionnées. L'épaississement est dû à une infiltration principalement de la sous-muqueuse et de la musculaire. La muqueuse présente aussi de l'infiltration, mais la distribution de cette infiltration est tout à fait irrégulière, et le total en est moins élevé que pour les tuniques plus profondes. Il nous paraît bon, dans notre description, de commencer par la membrane muqueuse et de passer ensuite successivement en revue les couches plus profondes de l'estomac.

Membrane muqueuse. — Il y a peu d'altérations *post-mortem* à la surface. La portion superficielle de la muqueuse se colore imparfaitement. Les caractères normaux des glandes sont fortement modifiés, car la muqueuse est formée de saillies filamenteuses, semblables à des villosités, contenant des cellules d'aspects variés, des petites, rondes et lymphoïdes, comme de plus allongées et certaines d'ovales. Ces cellules sont plongées dans un tissu fibrillaire qui se colore faiblement par le bleu. Les éléments lymphoïdes occupent les couches profondes de la muqueuse, où ils forment de petits ilots, mal circonscrits et infiltrent les masses villeuses, s'interposant entre les productions fibrillaires ci-dessus mentionnées. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'on trouve des restes de l'épithélium. Cela se voit dans des espaces d'aspect glandulaire incomplétement préservés, et dans de faibles restes de glandes, où l'épithélium, cylindrique ou cubique, s'est desquamé. On découvre dans la muqueuse très peu de leucocytes à noyaux polymorphes. Il y a, cependant, de nombreuses masses hyalines, réfringentes, rosées, de la dimension environ des cellules des tissus, distribuées irrégulièrement, mais généralement dans toute la muqueuse, parfois nuclées, parfois dépourvues de noyau. Ces masses

sont homogènes, ou résultent de la coalescence de globules plus petits, qui sont de la nature des masses et globules colloïdes. Quelques-uns de ceux-ci paraissent se trouver à côté ou dans les vaisseaux sanguins, d'autres sont certainement au milieu des éléments du tissu, puisque les corpuscules les plus fins peuvent être disposés sous une forme allongée dans les interstices des tissus, ou disséminés séparément, auquel cas leur rapport avec les cellules n'est pas évident. Passant maintenant à la sous-muqueuse, nous trouvons que cette couche, au point de jonction de l'estomac et du duodénum est infiltrée de cellules du type lymphoïde et du type épithélioïde. Les cellules lymphoïdes sont surtout abondantes dans la région de la *muscularis mucosæ* et deviennent un peu moins nombreuses à mesure qu'on approche des portions plus profondes de la sous-muqueuse. On trouve dans la sous-muqueuse un nombre variable, non considérable, de leucocytes à noyaux polymorphes. L'infiltration de la sous-muqueuse est à la fois diffuse et nodulaire ; cela produit un épaississement notable de cette couche, qui en plusieurs endroits est assez fibreuse pour faire croire à une néoformation partielle de son tissu. Il y a là une tendance remarquable des petites cellules à infiltrer les tissus autour des petites veines, ces accumulations cellulaires, avec leur faible puissance, donnant à l'infiltration un type très distinct.

Au-delà de la sous-muqueuse, le muscle est envahi. On peut voir l'invasion se faire le long des cloisons intermusculaires, mais elle s'étend très rapidement de façon à envelopper et à séparer les fibrilles des muscles lisses. Les cellules sont pour la plupart du type lymphoïde, au milieu de leucocytes et de cellules épithélioïdes.

En général, les leucocytes (à noyaux polymorphes) ne sont

pas abondants ; mais l'infiltration, en certains points du muscle, est si étendue que non seulement les fibres musculaires sont très obscurcies, mais qu'il se fait de la nécrose au milieu de l'infiltration. Cette nécrose s'étend sous forme de lignes irrégulières ; au milieu du muscle, elle présente une apparence bleuâtre, se colorant fortement par l'hématoxyline et elle est infiltrée profondément de leucocytes à noyaux polymorphes. On ne peut pas établir d'une façon certaine si la substance qui se colore en bleu et dont l'aspect est finement granuleux n'est que du tissu nécrotique, ou si elle est formée de bactéries.

Dans le muscle, au milieu de l'infiltration cellulaire et près des surfaces ramollies précisément décrites, il existe un foyer de nécrose plus gros qu'un grain de millet, dans lequel la substance intercellulaire et les noyaux, comme les cellules, ont en grande partie perdu leurs propriétés colorantes.

En outre de la nécrose de coagulation, on trouve dans toute la surface de la fibrine d'aspect finement fibrillaire. Il semble qu'il s'agisse là d'une forme de nécrose plus ancienne que la forme que nous avons décrite. On trouve dans ce foyer un petit nombre de leucocytes à noyaux polymorphes, avec des noyaux allongés irrégulièrement et d'autres formes de noyaux, ainsi qu'un petit nombre de particules fragmentées. Cela rappelle la caséification des tubercules ou quelque processus voisin.

Il est important de noter cependant que le foyer n'est pas rigoureusement limité, mais envoie dans les tissus infiltrés du voisinage des prolongements semblables à des balais. Dans le muscle, immédiatement autour de cette surface ramollie, se trouve un nombre très développé de leucocytes à noyaux polymorphes.

L'infiltration du muscle diminue à mesure qu'on atteint la surface péritonéale de l'intestin.

A cet endroit, elle est confinée aux cloisons intermusculaires de tissu connectif et aux vaisseaux sanguins, autour desquels, ainsi que des nerfs voisins, on peut trouver une infiltration étendue de cellules à la fois lymphoïdes et épithélioïdes.

Vaisseaux sanguins. — Nous avons dit que dans la sous-muqueuse il existait pour les vaisseaux sanguins une tendance marquée à être entourés par les cellules infiltrantes ; la lumière de ces vaisseaux n'est pas spécialement envahie. Dans les parties plus profondes, surtout dans le muscle, les rameaux à la fois artériels et veineux présentent une multiplication des cellules du revêtement interne ; il n'y a point d'infiltration marquée des tuniques adventices.

Nerfs. — Les rameaux des nerfs amyéliniques, dans la couche musculaire, présentent fréquemment une prolifération des cellules interstitielles. Cette prolifération peut être assez grande pour cacher leur structure fibrillaire normale. Des spécimens ayant été durcis dans l'alcool, on ne put dire s'il y avait dégénérescence des nerfs eux-mêmes.

Milieu de la grande courbure de l'estomac. — La muqueuse présente ici des altérations *post-mortem* moindres qu'au niveau de la région pylorique. La structure glandulaire manque sur une large étendue, la muqueuse étant considérablement amincie. Sur la surface se montrent d'une façon irrégulière des processus villeux, isolés et confluents. A une extrémité de la section, où l'on trouve les restes de la muqueuse les mieux protégés, ils sont longs et semblables à des massues. La muqueuse contient un nombre très développé de cellules qui sont du type des petites cellules rondes

et des cellules épithélioïdes ; ces cellules infiltrent la muqueuse dans sa totalité, tout en étant spécialement accumulées à la limite séparant la muqueuse de la sous-muqueuse. Il reste très peu de glandes et aucune n'est strictement normale. On peut rencontrer quelques fentes contenant de l'épithélium irrégulier généralement desquamé. D'autre part, en outre des jeunes cellules décrites, il y a une augmentation du tissu connectif fibrillaire. Il existe un grand nombre de masses hyalines, rondes et ovales, semblables à celles de la section précédente. La sous-muqueuse est dense, d'aspect cicatriciel, formée de bandes de tissu fibreux étroitement unies. Dans ce tissu, on trouve des foyers de cellules du type lymphoïde, plus rarement des cellules épithélioïdes, distribuées irrégulièrement et entourant spécialement les vaisseaux sanguins. L'infiltration s'étend aussi dans le muscle, surtout le long des cloisons intermusculaires qui ne sont pas spécialement épaissies, quoique (rarement, il est vrai) l'accumulation de ces cellules, surtout autour des vaisseaux, donne naissance à la production de noyaux limités d'infiltration de petites cellules. L'infiltration est également marquée autour des nerfs, comme nous l'avons déjà décrit, et peut être ainsi suivie dans le péritoine, au point où elle s'étend le long de cette tunique. Le péritoine lui-même est épaissi en plusieurs points, et présente des restes d'adhérences fibreuses anciennes.

Portion moyenne de la paroi postérieure. — La muqueuse, en ce point, outre les altérations *post-mortem*, présente de l'atrophie. En général, cependant, les glandes sont mieux préservées ici que dans les autres portions que nous avons décrites, et l'infiltration de la muqueuse est très faible. On

trouve dans la sous-muqueuse une infiltration modérée de petites cellules environ au milieu de cette couche, et une infiltration semblable très faible dans les cloisons intermusculaires. La surface péritonéale est épaissie et présente des restes de vieilles adhérences.

Petite courbure au voisinage du pylore. — Exception faite de quelques ilots de cellules autour des veines dans la sous-muqueuse, ce spécimen ne présente pas d'infiltration. La muqueuse, d'autre part, est atrophiée. La tunique péritonéale montre des restes de vieilles adhérences et est épaissie.

OBSERVATION LIII

Zawadzki et Luxenburg, *in Virchow-Hirsch-Jahresbericht* (1893). *Ulcère de l'estomac avec lésions vasculaires.*

Etudiant en médecine, âgé de 27 ans, qui niait la syphilis. On ne trouvait aucun stigmate de la maladie, si ce n'est l'hypertrophie insensible des ganglions inguinaux. Auparavant bien portant, il présenta en août, à la suite d'abus répétés de boissons, les phénomènes d'un catarrhe aigu de l'estomac. Les souffrances allèrent toujours en croissant, faisant de plus en plus penser à un ulcère de l'estomac, jusqu'au milieu du mois de février de l'année suivante. Il survint alors une hématémèse, qui confirma le diagnos-

tic. Mais déjà le 4 avril eut lieu la terminaison fatale, au milieu d'un épuisement très prononcé et d'un état de marasme, qui faisait penser à un néoplasme malin. L'autopsie révéla un ulcère rond de l'estomac, à bords fort épaissis ; l'examen microscopique montra un épaississement et une infiltration à petites cellules des parois des vaisseaux dans l'estomac et le mésentère, tellement que par places la lumière des vaisseaux était obstruée.

OBSERVATION LIV

Langovoï. *La Médecine Moderne* (5 février 1902). *Ulcère gommeux de l'estomac constaté après exérèse chirurgicale.*

Malade entré à l'hôpital se plaignant de troubles dyspeptiques et dans un état de cachexie dont la gravité avait fait songer au cancer. En raison de cette gravité, on décida d'intervenir chirurgicalement, et on pratiqua d'abord la laparotomie exploratrice ; on trouva un ulcère très étendu, à bords élevés ; aussi pratiqua-t-on la résection des 4/5 de l'estomac. Les suites opératoires furent très satisfaisantes. Mais l'examen histologique de la partie réséquée démontra la présence de tissu granuleux, de nature syphilitique très probable. Le traitement spécifique institué après l'opération

amena une amélioration remarquable de l'état général. Cliniquement, la syphilis gastrique, dans ce cas, s'était traduite par des douleurs sourdes, une légère hyperthermie, de l'anachlorhydrie ; il n'y eut jamais d'hématémèses ni de melæna.

OBSERVATION LV

CAPOZZI, cité par GALLIARD (*loco citato*). *Ulcérations multiples de la muqueuse gastrique.*

Femme de 40 ans, ayant depuis des années des manifestations syphilitiques : ulcérations très étendues de la gorge et de la bouche. Depuis un an, douleurs gastriques, vomissements ; pas d'hématémèse.

Autopsie. — Estomac petit, à parois épaisses, offrant les lésions du catarrhe chronique. On y constate de grandes pertes de substance intéressant la muqueuse seule, distribuées irrégulièrement dans toutes les régions de l'estomac, depuis le cardia jusqu'au pylore, à bords tuméfiés, foncés en couleur et à fond grisâtre. Rien dans l'intestin. Au microscope, état mamelonné, constitué par les proliférations cellulaires dans les glandes. Autour des pertes de substance, dégénérescence graisseuse. Hypertrophie de la tunique musculeuse.

OBSERVATION LVI

CESARIS-DEMEL. *Archivio per le Scienze Mediche* (1899).

Ulcère de l'estomac avec hémorrhagie péritonéale.

Jeune homme reçu à l'hôpital Saint-Jean de Turin pour troubles gastriques (douleurs à la région épigastrique, gastrorrhagies, etc...) datant de 4 mois. On fit le diagnostic d'*ulcus rotundum* de l'estomac et le traitement fut fait conforme au diagnostic. Tout à coup, le malade fut pris d'une douleur aiguë à la région épigastrique, avec sensation de tension, révélable également par la palpation ; il mourut rapidement avec des phénomènes de collapsus. Dans l'anamnèse, la syphilis n'est pas relevée. Pourtant les ganglions inguinaux étaient indurés... *Autopsie* : L'estomac avec sa paroi postéro-inférieure, le pancréas et une partie de la face inférieure du foie, ainsi que l'épiploon adhéraient ensemble, formant une masse globuleuse, facile à séparer et qui se montrait remplie de grumeaux de sang, récemment extravasé et coagulé. Ces grumeaux enlevés, il restait là d'autres gru-

meaux de sang plus anciens, plus durs, facilement friables, et fortement adhérents à la paroi qui limitait cette grande cavité sanguine. En incisant sous le cardia qu'on libérait de ses adhérences au diaphragme, et également sous le ligament suspenseur du foie et en disséquant le tissu conjonctif prévertébral, on arrive à extraire en une masse unique l'estomac, le foie, le pancréas, l'épiploon avec de nombreux ganglions lymphatiques prévertébraux, qui étaient tuméfiés. L'estomac ouvert par une incision le long de la grande courbure montre au niveau de sa face postérieure à 4 centimètres du cardia une ulcération de la muqueuse de forme légèrement ovale, de diamètre maximum de 35 millimètres et de diamètre transversal de 18 millimètres. Les bords de l'ulcération du côté du cardia sont à peu près taillés à pic dans l'épaisseur de la muqueuse, tandis que du côté opposé, ils sont moins nets et la muqueuse se continue insensiblement avec le fond conjonctif de l'ulcère.

Les bords de l'ulcus sont peu surélevés sur la muqueuse environnante et leur léger relief dépend plus d'un enroulement de la muqueuse qui limite l'ulcération que d'une infiltration véritable de cette même muqueuse. Le fond de l'ulcération est légèrement plus pâle que la muqueuse, qui présente une coloration jaune, légèrement rosée par la diffusion commençante de l'hémoglobine ; il est légèrement réticulé, brillant et absolument dépourvu de mucus. Dans l'estomac, il n'y a pas de résidus alimentaires ; il n'y a pas trace d'hémorrhagie ancienne ou récente.

Donc aucune ecchymose dans la sous-muqueuse. La muqueuse gastrique est d'apparence normale ; à peine un état mamelonneux de la grosse tubérosité. A la région pylori-

que existe une abondante quantité de mucus dense, filant.... L'estomac, au niveau du fond de l'ulcération, adhère fortement à un tissu scléreux sous-jacent, dans lequel est comprise l'extrémité gauche du pancréas. En faisant une incision dans la paroi de l'estomac au niveau du diamètre maximum de l'ulcération, nous voyons comme, au niveau de son fond, que l'ulcération a mis complétement à nu la tunique musculaire, laquelle est notablement épaissie. Dans cette couche musculaire, qui a environ 1 centimètre d'épaisseur dans cette région, se trouve une hémorrhagie récente qui la décolle fortement. L'hémorrhagie de la paroi gastrique se continue avec la poche hémorrhagique sous-jacente.

..... Le diagnostic anatomique était le suivant : Anémie du cerveau, des poumons et des reins. Hémorrhagie récente dans la cavité péritonéale par apoplexie de la paroi gastrique.

Poche hémorrhagique ancienne dans la région épigastrique avec destruction partielle du pancréas et thrombose de quelques vaisseaux pancréatiques. Induration syphilitique du pancréas. Cicatrices syphilitiques du foie. Ulcus gastrique. Induration et caséification des ganglions lymphatiques prélombaires. Cause de la mort : Anémie aiguë par hémorrhagie dans la cavité péritonéale...

.... *Examen histologique :* Ulcération de l'estomac. Si l'on examine à un petit grossissement la section comprenant toute l'ulcération dans son diamètre maximum et la paroi de l'estomac sous-jacente, infiltrée de l'hémorrhagie récente interstitielle, on voit que ses bords sont peu surélevés et sont formés par la couche glandulaire de la muqueuse, qui se termine brusquement. La *muscularis mucosæ* est également sec-

tionnée en ce point et dans sa dernière portion légèrement retournée vers le haut. Ainsi le fond de l'ulcus est formé complétement par la tunique musculaire de l'estomac légèrement épaissie. L'épanchement hémorrhagique intéresse dans toute son épaisseur cette tunique musculaire ; il y est infiltré comme un coin dont le sommet est tourné obliquement en haut vers le fond de l'ulcération, sans l'atteindre, car il en est séparé par un espace de 2 ou 3 millimètres.

On ne voit pas trace de la tunique séreuse qui est remplacée par un tissu connectif dense, par lequel l'estomac était fortement adhérent au pancréas sous-jacent. Les vaisseaux propres de la paroi de l'estomac ont des parois notablement épaissies. A un plus fort grossissement, nous trouvons que la couche glandulaire de la muqueuse est relativement normale à proximité des bords de l'ulcération, mais à une courte distance, elle présente des infiltrations cellulaires de forme arrondie, qui arrivent tout près de la surface libre et en profondeur intéressent également la *muscularis mucosæ*. Ces nodosités sont formées par des éléments cellulaires ronds mononuclés avec noyaux peu colorables, les cellules centrales l'étant encore moins. On ne trouve pas trace de cellules géantes ; il n'y a pas de leucocytes polymorphes. Ainsi, par leur structure, ces nodosités sont tout à fait semblables à des gommes récentes. La *muscularis mucosæ* est épaissie, spécialement dans la portion latérale et contiguë à l'ulcère, où elle est le siége d'une infiltration cellulaire abondante, qui de la partie la plus profonde de la couche glandulaire la traverse, en dissociant ses fibrilles pour se continuer dans la sous-muqueuse. A distance du bord de l'ulcération on trouve aussi des petits foyers arrondis d'éléments lymphoïdes qui intéressent la

muscularis mucosæ dans toute son épaisseur. La sous-muqueuse est relativement également épaissie. Elle manque complétement au niveau de l'ulcération, mais concourt à former la partie inférieure de son bord. En ce point, l'infiltration cellulaire est abondante et présente des foyers de nécrose, dans lesquels on ne peut différencier les divers éléments. Dans l'ensemble on a donc l'impression que le processus destructif a dû intéresser une production gommeuse étendue de la muqueuse, dont on trouve la trace évidente dans le bord même de l'ulcération. Le reste de la sous-muqueuse a un aspect normal, présente seulement quelques traces de petites hémorrhagies anciennes et de lésions vasculaires remarquables, sur lesquelles nous reviendrons. A un fort grossissement, on ne trouve non plus trace, dans le fond de l'ulcus, ni de la muqueuse, ni de la sous-muqueuse. Le fond est formé exclusivement par la museulaire dénudée. Cette tunique est en partie détruite, car beaucoup de fibrilles et de faisceaux de fibres musculaires propres à cette dernière sont brusquement interrompus et en voie de destruction. Cependant la tunique musculaire est également épaissie et l'épaississement est formé non pas surtout par une infiltration cellulaire récente, laquelle est faible et localisée à un seul petit foyer, mais plutôt par du tissu conjonctif en grande partie organisé et pauvre en noyaux, qui l'infiltre en séparant les faisceaux de fibres musculaires. La tunique musculaire présente dans son épaisseur la collection sanguine mentionnée plus haut. Là le sang, par la conservation parfaite de ses éléments, se montre originaire d'une extravasation récente ; au milieu, on trouve des restes de fibrilles musculaires lacérées et comprimées.

L'infiltration hémorrhagique a presque des limites nettes ; elle n'a pas de paroi propre, et à côté il est facile de voir l'infiltration des éléments sanguins au milieu des fibres musculaires. Dans la couche sous-jacente à la musculaire, la séreuse n'existe plus et on trouve à sa place un tissu connectif déjà organisé, fibrillaire, qui a une épaisseur notable et qui, dans sa portion périphérique, montre des aires englobées de tissu adipeux en rapports certainement avec les adhérences contractées avec le tissu adipeux péripancréatique de l'épiploon.

Tous les vaisseaux de la paroi gastrique sont profondément altérés et les lésions sont de nature diverse. Pour les mettre en évidence, outre notre méthode usuelle de coloration des noyaux, nous avons adopté la méthode spéciale pour l'étude des fibres élastiques (Weigert, orséine etc..) et la méthode de Von Gieson pour la coloration du tissu conjonctif. Avec ces méthodes, nous avons pu voir tant dans les artères que dans les veines, un épaississement fréquent et étendu de la couche interne, obstruant presque entièrement la lumière des vaisseaux, et accompagné, dans les vaisseaux plus importants et les épaississements plus notables, d'une néoproduction importante de fibrilles élastiques. Outre ces faits d'endoartérite et d'endophlébite oblitérantes, on rencontre fréquemment une infiltration cellulaire périvasculaire qui, perforant parfois la tunique élastique externe, va envahir par une infiltration diffuse la tunique moyenne et quelquefois encore, perforant l'élastique interne, atteint l'intérieur du vaisseau : d'où thromboses fréquentes. Quelques thrombus sont à peine formés et en voie d'organisation ; d'autres sont anciens et ont laissé comme trace un

tractus connectif circulaire avec noyaux petits et rares. Mais tous les vaisseaux ne présentent pas cette altération, car, au milieu des vaisseaux altérés, on en trouve quelques-uns qui par leur structure se montrent absolument normaux.

OBSERVATIONS CLINIQUES

OBSERVATION LVII

Schwimme, cité par Galliard (*loco citato*).

Gastro-entérite syphilitique chez un jeune enfant.

Un nouveau-né de 6 semaines avait une syphilide maculeuse, guérie par le traitement spécifique en trois semaines. Jusqu'au cinquième mois, bonne santé apparente ; à ce moment, catarrhe intestinal, vomissements fréquents. Malgré ce traitement, au bout de quatre ou cinq semaines, les vomissements augmentent (cinq ou six par jour) et l'on craint pour la vie de l'enfant. Après deux mois de catarrhe gastro-intestinal, on voit se développer des nodules colorés en rouge, qui s'ulcèrent, puis des papules aux grandes lèvres et aux sillons génito-cruraux. Traitement mercuriel : pommade au précipité, bains de sublimé, protoïodure. Le succès est éclatant. Les troubles gastro-intestinaux si rebelles cèdent, les ulcérations cutanées se cicatrisent. Guérison complète en quatre semaines.

OBSERVATIONS LVIII et LIX

HEMMETER (*loco citato*).

Gastrite aiguë chez les deux enfants d'un père syphilitique.

... Nous avons observé des symptômes de gastrite aiguë chez une enfant âgée de onze ans, fille d'un homme qui avait contracté la syphilis, alors qu'il était soldat dans l'armée allemande à la guerre franco-prussienne de 1870-71. Le père de cette enfant avait eu des attaques de manie, pendant lesquelles il dut être interné. Une fois par mois, il a des convulsions épileptiques typiques qui peuvent durer, avec de courts intervalles, pendant dix à douze heures, et s'accompagnent d'écume à la bouche, d'évacuations involontaires, etc... Il avoue l'infection causale et donne un récit exact de syphilis primaire et secondaire. Chez l'enfant apparut récemment une énorme gomme du maxillaire inférieur, qui atteignit les dimensions d'un goître. Les symptômes gastriques consistaient en vomissemnts incessants et gastralgie. Sous l'influence du traitement par les frictions mercurielles, les symptômes gastriques disparurent en l'espace de deux semaines. L'efficacité de ce traitement fut supérieure à tous les autres, car l'enfant ne pouvait rien garder dans l'estomac.

Deux ans après, l'auteur traita un second enfant de cet homme (sa femme, soit dit en passant, avait eu quatre fausses couches) pour de la gastralgie avec nausées, éructations

et vomissements par une solution saturée d'iodure de potassium. L'enfant prit jusqu'à 40 gouttes de la solution saturée d'iodure de potassium trois fois par jour, avec une amélioration évidente, les symptômes s'apaisant entièrement au bout de deux semaines.

OBSERVATIONS LX et LXI

MACKAY, *The Lancet* (1898).

Deux cas d'hématémèses dont l'un chez un syphilitique héréditaire.

Un jeune homme, âgé de 15 ans, souffrait de douleur et gonflement au niveau du cou-de-pied. On suspectait la tuberculose et le jeune homme fut traité pour cela pendant quelques semaines. Je le vis alors et, me souvenant que j'avais traité avec succès sa mère quelque temps auparavant pour une lésion spécifique du nez (la seule manifestation qu'elle ait jamais présentée), je mis le jeune homme aux pilules bleues et à l'iodure. La jointure guérit rapidement et complétement.

Dix ans plus tard, ce jeune homme se mit à vomir du sang et allait de mal en pis, bien qu'il se soit mis sévèrement à la diète et qu'il prît les remèdes ordinaires. Se souvenant de sa première maladie, on lui donna du mercure et de l'iodure de potassium avec un bon résultat immédiat. Je perdis de vue ce malade pendant trois ans. Pendant ce temps il se

maria. Sa femme eut une fausse couche à trois mois et maintenant il est lui-même en traitement pour une paralysie générale, qui fut améliorée temporairement par l'iodure.

Un homme, âgé de 24 ans, en état de collapsus complet à cause d'une perte de sang, et de la crainte de vomissements nouveaux, fut mis au mercure et à l'iodure de potassium, comme dernière ressource, bien qu'on ne pût se procurer aucune histoire d'antécédents syphilitiques. En moins de 48 heures, l'amélioration était marquée. On continua le traitement et le malade recouvra complétement la santé.

OBSERVATION LXII

TOPINARD, *Gazette des Hôpitaux* (1865).

Vomissements incoercibles à la période secondaire.

Nous voyons un individu (âgé de 50 ans) être atteint de chancre dont la cicatrice gaufrée est encore visible trois mois après. Une éruption papuleuse généralisée, couleur chair de jambon d'Yorck, se produit au deuxième mois. M. Bazin reconnaît immédiatement une syphilide des mieux caractérisées et sur laquelle aucun doute n'est possible. Effectivement cette syphilide et de plus une céphalée et des vomissements qui se sont montrés peu après disparaissent dès que l'on parvient à faire passer dans l'organisme les médicaments dits spécifiques. Mais la difficulté fut de les y introduire et là est l'intérêt principal de cette observation.

Aliments solides, boissons, médicaments, tout était rejeté depuis trois semaines. A la seule pensée d'un aliment, au moindre mouvement, au moindre attouchement de l'épiglotte, les vomissements revenaient. Le sujet arrivé au dernier degré de faiblesse et de marasme allait périr d'inanition. C'est alors que j'eus recours au rectum. Pendant 30 jours, l'alimentation se borna à cinq ou six lavements quotidiennement de bouillon, jus de viande, vin, œufs battus additionnés de pepsine. Pendant 39 jours, le bichlorure d'hydrargyre à des doses que l'estomac n'eut sans doute pas supportées en l'état de santé, et l'iodure de potassium à doses également élevées, furent administrés en lavements. Le dixième jour seulement, à la dose de 0 gr. 05, le bichlorure détermina des coliques et fut expulsé ; on le remplaça par des frictions sur les plis articulaires. Bref, les symptômes diminuèrent à mesure que la dose des spécifiques fut élevée et finalement disparurent

OBSERVATIONS LXIII et LXIV

ANDRAL, cité par GALLIARD. (*Loco citato*). *Gastrite chronique.*

Une femme de 27 ans, née d'un père mort d'affection organique de l'estomac, ayant eu trois enfants, contracta une blennorrhagie il y a trois ans et guérit. La malade ne présentait aucun signe de syphilis, de temps en temps seulement quelques boutons aux grandes lèvres disparaissant par les bains et les lotions à l'eau de guimauve. Ces boutons me parurent dartreux ; bains de barège. Les boutons ne se montrèrent plus. Pendant deux ans, pas de troubles de la santé.

Au bout de ces deux ans, vives émotions morales. Alors Mme X... perd son embonpoint, sa coloration. Graves symptômes digestifs, inappétence, douleur au niveau de l'appendice xiphoïde par l'ingestion des aliments, et vomissements. Pas de tumeur, mais sensibilité de l'épigastre à la pression. Eructations violentes. Langue blanche. Selles naturelles. Règles moins abondantes qu'auparavant.

Tout paraissait annoncer une gastrite chronique. Sangsues, fomentations émollientes, vésicatoires. Cautère. La glace à l'épigastre arrêtait les vomissements. Les opiacés étaient vomis. Boissons émollientes. Malgré tous les efforts de l'art, la malade faisait d'effrayants progrès. Quatre mois après le début, vomissements journaliers de toute espèce d'aliments solides et liquides peu de temps après leur ingestion. Le lait d'ânesse était seul digéré. On désespérait, quand la malade se plaignit de la gorge.

L'inspection fit découvrir une ulcération analogue à celles de la syphilis sur la paroi postérieure du pharynx. On se demanda alors si la syphilis n'était pas la cause de l'affection gastrique. Il ne restait pas d'autre chance de salut à la malade !

Je conseillai donc les pilules mercurielles, dont chacune contenait un huitième de grain de deutochlorure, deux d'abord puis six par jour. Ce traitement dura quarante jours. Dans les premiers temps aucune amélioration sensible, mais le mercure n'aggrava pas les accidents gastriques et l'état n'empira pas.

Vers le vingt-cinquième jour, vomissements moins fréquents, l'estomac parut digérer mieux, les forces se relè-

vaient. Du trentième jour, amélioration très nette ; surtout rareté des vomissements. Encouragé par ce succès, j'associai l'usage des frictions : un gros d'onguent pour frictionner les membres supérieurs, tous les trois jours d'abord, puis tous les deux jours. Après la douzième friction, l'état de la malade n'était plus reconnaissable. Les vomissements avaient cessé, les aliments pouvaient être introduits sans douleur ; la région épigastrique était souple, indolente, la peau moins aride ; bientôt la malade recouvrait toute la plénitude de sa santé.

M. Marc nous a fait voir un acteur de Paris, âgé de 40 ans, ayant eu chancres, tuméfaction des ganglions de l'aîne, périostites, douleurs ostéocopes, pustules cutanées, et jamais traité d'une façon suivie.

Quand il consulta M. Marc, il était dans le plus déplorable état de dépérissement ; face pâle, joues excavées, maigreur, épuisement des forces, toux sèche, respiration courte ; anorexie, douleur épigastrique, vomissements fréquents, selles naturelles ; douleurs très vives des membres, périostite de la face interne du tibia.

On pouvait penser ici à une double phlegmasie de l'estomac et des bronches et aux tubercules mais pas de lésions de l'appareil respiratoire à l'auscultation. Les traitements antiphlogistiques ayant échoué, M. Marc commença les frictions mercurielles. Peu à peu les forces se rétablirent, l'embonpoint revient, les phénomènes morbides si inquiétants du côté des poumons et de l'estomac disparurent et au bout de trois mois d'un traitement, pendant lequel le mercure agit assez énergiquement pour provoquer la salivation, la santé du patient était rétablie.

OBSERVATION LXV

TROUSSEAU. *Traité de Thérapeutique* (1875).

Gastralgie et vomissements nocturnes.

Un riche banquier de Paris, qui avait mené une vie un peu déréglée, éprouvait depuis 10 ans des douleurs d'estomac et des vomissements qui revenaient chaque soir et que rien n'avait pu modifier.

On s'avisa de lui donner du mercure plutôt en souvenir d'anciennes véroles que dans l'espoir fondé de le guérir. Dès que la salivation commença, les fonctions de l'estomac se rétablirent et dès lors la santé fut excellente. Dans ce cas les douleurs et les vomissements étaient nocturnes, et ce fut ce seul point de contact avec la syphilis qui engagea à prescrire les mercuriaux.

OBSERVATION LXVI

RIVALS cité par Gouzot. (Thèse de Bordeaux, 1886).

Gastrite ulcéreuse rebelle.

Homme de 45 ans; chancre à 21 ans. En 1875, douleurs d'estomac durant pendant 4 à 5 heures, qui ne sont calmées que par le vomissement des aliments ingérés : aucun traite-

ment ne les calme. Le 1er juin 1886, dans le service de M. Pitres, frictions mercurielles. Guérison en 15 jours.

OBSERVATION LXVII

TAVERNIER (de Lille), 1887.

Ulcère gastrique.

... Nous avons vu récemment chez le professeur Leloir une malade, dont les symptômes faisaient penser à un ulcère rond. On continue pourtant malgré cela le traitement spécifique, et tous les troubles se dissipèrent vite.

OBSERVATION LXVIII

HAYEM cité par Galliard (*loco citato*).

Ulcère gastrique.

Un auteur dramatique, atteint de sarcocèle syphilitique et de gommes osseuses, n'ayant jamais souffert de gastralgie, non alcoolique, a subitement, un soir, une hématémèse formidable. On le traite par la glace, le régime lacté. Le malade se remet, les hémorrhagies ne se reproduisent pas. Alors on reprend l'iodure de potassium, qui avait été interrompu, et qui achève la guérison.

OBSERVATION LXIX

BAYLAC ET CHAMAYOU. *Echo médical de Toulouse*, (1901).

Ulcère de l'estomac avec pseudo-péritonite par perforation au cours d'une syphilis secondaire.

Jeanne G..., 24 ans, entrée salle Sainte-Marie, n° 15, le 30 septembre 1900.

Antécédents :

... A 15 ans, ouvrière dans une grande ville, elle commence à faire des excès de boissons alcooliques.

A 16 ans, elle entre dans une maison de tolérance, d'où elle ne sort que pour venir à l'hôpital. Là sa passion pour les boissons ne fait que s'accroître ; de 16 à 24 ans, elle boit vingt consommations, en moyenne, par jour et, de préférence, du picon, de l'absinthe ou du vermouth.

A 20 ans, elle est opérée à l'hôpital de Montpellier pour un kyste de l'ovaire. Depuis cette époque, bonne santé habituelle, sauf des pituites le matin. En janvier 1900, apparition de douleurs gastralgiques après les repas ; d'abord légères, sans irradiation dans le dos, elles deviennent, en février 1900, plus vives ; elles s'accompagnent de vomissements alimentaires incessants et incoercibles ; fin février, ces vomissements se compliquent de rejet de sang noirâtre, de véritables hématémèses survenant sans effort. Jeanne G... est alors obligée d'entrer à l'hôpital : tous les aliments sont reje-

tés presque immédiatement, malgré la glace, l'ergotine, la limonade citrique. Vomissements et hématémèses persistent pendant les mois de mars et avril ; à aucun moment, on a remarqué de melœna. Elle quitte l'hôpital au mois de mai et reprend sa vie habituelle ; les vomissements se reproduisent, cependant, de temps en temps. Un mois après, juin 1900, elle contracte la variole et est à nouveau hospitalisée. Pendant la convalescence, les hématémèses reparaissent, accompagnées de vomissements alimentaires et persistent jusqu'au 15 août environ. Elle sort alors de l'hôpital. Le 26 septembre, elle ressent, brusquement, une violente douleur dans la région épigastrique ; le ventre se ballonne, devient tendu, très douloureux et des vomissements incessants et incoercibles se produisent.

M. le docteur Mordagne, appelé le 28 septembre, porte le diagnostic de péritonite par perforation et conseille à l'entourage de la malade de la faire transporter à l'hôpital de Toulouse, pour y subir une intervention chirurgicale immédiate. Après deux jours d'hésitation, elle se décide à partir et elle est admise d'urgence à l'Hôtel-Dieu, le 30 septembre. Au moment de son admission, elle est prise d'une crise convulsive violente, avec les caractères d'une crise d'hystérie.

Etat de la malade (1er octobre). Nous voyons la malade le 1er octobre. Elle est très affaissée, la face est grippée, les extrémités sont froides, la respiration est pénible et fréquente : 46 mouvements respiratoires par minute. Le pouls est fréquent, misérable : 115 pulsations à la minute. La température axillaire est de 37°3. La malade rejette tous les liquides absorbés. Le ventre est ballonné, tendu, d'une sensibilité extrême, surtout au niveau de la zone sus-ombilicale.

A ce niveau, on constate du tympanisme, une voussure très nette et la palpation y provoque une douleur intense ; la malade accuse, d'ailleurs, en ce point, des douleurs spontanées très vives. Dans la région sous-ombilicale, le ventre est relativement souple. On y voit une cicatrice médiane étalée et irrégulière. La constipation est opiniâtre ; néanmoins, les lavements déterminent des selles et l'évacuation de gaz se produit spontanément par le rectum.

Sur la face, on relève des cicatrices de variole. En outre, sur les bras, le thorax, l'abdomen, les cuisses et le front, on voit une éruption papuleuse, papulo-squameuse par places, de coloration bronzée, présentant tous les caractères des syphilides. Il existe d'ailleurs une alopécie très accentuée, les cheveux sont rares et très court, et une adénopathie cervicale double.

La nature syphilitique de ces accidents n'est pas douteuse, bien que la malade ne puisse donner aucun renseignement sur l'époque des accidents primitifs et déclare n'avoir jamais suivi de traitement spécifique. L'éruption aurait apparu pendant la convalescence de la variole. Enfin l'examen de la sensibilité ne fait constater ni zone d'anesthésie, ni zone d'hyperesthésie ; il n'y a pas de dischromatopsie, et l'étude du champ visuel, faite quelque temps après, dans le service de M. le professeur Vienne, n'a pas fait constater de rétrécissement concentrique notable. Ce sont les symptômes abdominaux, les phénomènes de péritonite et d'occlusion intestinale qui dominent la scène. Les vomissements sont incessants ; la limonade, le vin de champagne, la glace sont rejetés peu de temps après être absorbés ; les applications locales de glace sur l'épigastre sont sans effet. Les jours sui-

vants, la situation reste stationnaire : les vomissements sont incessants, le pouls est petit, filiforme, la respiration est fréquente, la température oscille entre 37° et 37°5, l'état du ventre ne se modifie pas : même ballonnement, même tympanisme sus-ombilical, même sensibilité de la paroi. La diurèse est très diminuée, pas de glycosurie, pas d'albuminurie ; nous faisons donner à la malade, matin et soir, des lavements d'eau salée. Nous hésitons à conseiller une intervention chirurgicale. Néanmoins, le 8 octobre, sur l'avis formel de MM. Chamayou et Cestan, nous nous décidons à faire pratiquer une laparotomie exploratrice ; R : 48, P : 120, T : 37°4. La malade est évacuée, le 9 octobre, dans le service de M. le Dr Chamayou, et opérée le 10.

Sous l'influence de l'anesthésie chloroformique, le ballonnement cesse, le tympanisme sus-ombilical disparaît, le ventre devient souple. On se trouve en présence, non pas d'une péritonite, mais d'une pseudo-péritonite. L'incision de la paroi permet de constater une séreuse péritonéale intacte, et des parois gastriques libres de toute adhérence et normales en apparence. Le duodénum, examiné avec soin, paraît sain. Suites opératoires bonnes ; cicatrisation de la plaie par première intention. Le pouls tombe rapidement au-dessous de 100 ; la température reste un peu supérieure à la normale ; le soir, elle est constamment au-dessus de 37° ; la respiration est toujours fréquente : 30 à 35 mouvements respiratoires à la minute. La sensibilité de la région épigastrique et les vomissements persistent, malgré la laparotomie. La glace, le vin de champagne, la cocaïne restent sans effet. Du 14 au 17 octobre, les vomissements paraissent diminuer de fréquence et d'intensité ; mais, le 18, ils deviennent cons-

tants et au rejet des boissons ingérées, viennent se surajouter des vomissements de sang noirâtre mélangé aux sécrétions gastriques. En même temps, survient une anxiété respiratoire très grande : 55 mouvements respiratoires par minute. La malade refuse toute boisson. On institue alors le traitement hydrargyrique : 0 gr. 10 de protoiodure d'hydrargyre par jour, bientôt remplacé par l'huile bi-iodurée (0,004). Sous l'influence de ce traitement, les vomissements alimentaires diminuent assez rapidement et disparaissent complètement au bout de douze jours environ.

Les hématémèses persistent pendant plus longtemps, mais finissent également par disparaître.

Les douleurs gastriques cessent et la malade peut s'alimenter. La température se maintient, matin et soir, au-dessous de 37° ; le pouls oscille entre 70 et 80 ; les mouvements respiratoires sont inférieurs à 30.

Vers la fin du mois de novembre, la malade a bon appétit, les digestions se font bien. Il n'existe ni vomissements, ni hématémèses. L'éruption papulo-squameuse a totalement disparu, à l'exception de quelques cicatrices sur les avant-bras et les mains. Elle quitte le service, le 6 décembre 1900, pour rentrer dans sa famille. Nous lui prescrivons le traitement spécifique classique (ioduré et hydrargyrique).

OBSERVATIONS LXX et LXXI

DUJARDIN-BEAUMETZ. *Gazette des Hôpitaux* (1866).

Hématémèses dans la syphilis tertiaire.

Mme X..., âgée de quarante-neuf ans, est malade depuis de longues années... Sa mère et sa grand'mère sont mortes d'une affection cancéreuse de l'estomac, et l'une de ses sœurs a aussi succombé à cette terrible affection... Elle éprouve, en 1860, de violentes migraines ; on constate alors les traces d'une syphilis ancienne, et des exostoses multiples. L'iodure de potassium fait disparaître non seulement ces dernières, mais encore amène la cessation des accès névralgiques. En 1862, se déclarent alors des accidents du côté des poumons qui sont caractérisés par des hémoptysies, de la matité, des râles sous-crépitants, puis bulleux, puis caverneux ; ces symptômes disparaissent encore au bout d'un an, par l'usage prolongé de l'iodure de potassium...

Depuis quelques mois je ne voyais plus Mme X..., lorsque je fus appelé subitement près d'elle, au mois de septembre 1863, pour des accidents graves qui venaient de se déclarer. Depuis quelque temps Mme X..., se plaignait de douleurs vives du côté de l'estomac, les aliments passaient avec grande difficulté, les digestions étaient laborieuses, il y avait même eu un ou deux vomissements de matières alimentaires, lorsque dans la nuit les vomissements reprirent une intensité plus grande, et se composèrent de matières

noires abondantes, de sang à demi coagulé, et en assez grande quantité pour remplir une cuvette. Je trouvai Mme X..., pâle, défaite, se plaignant de douleurs vives à l'estomac. A la pression, la région épigastrique est très douloureuse, le toucher même fait jeter des cris à la malade. Cette douleur paraît avoir son maximum d'intensité vers la région pylorique. La malade est fort effrayée, elle se croît atteinte de la même affection à laquelle a succombé sa mère, un cancer de l'estomac. De la glace, une potion au perchlorure de fer, des sinapismes furent immédiatement ordonnés.

Le lendemain et les jours suivants, l'hématémèse ne se reproduit pas, mais la gêne de la digestion est toujours la même. La malade ne peut prendre aucun aliment ; le bouillon passe à peine, les autres aliments sont rejetés. Huit jours après, nouvelle hématémèse moins abondante que la première fois, la douleur paraît se concentrer du côté du pylore, et dans toute la portion droite de la région stomacale on sent un empâtement général, sans délimitation bien précise ; ce qui fait qu'à la vue même cette partie de l'abdomen paraît plus volumineuse que celle du côté gauche. Toujours même difficulté dans les digestions. J'applique un cautère sur le côté droit de la région stomacale, pepsine. Quinze jours après, légère amélioration ; cependant il s'est encore produit une hématémèse, mais très peu considérable.

La région stomacale est moins douloureuse, les aliments sont un peu mieux supportés ; la malade est toujours d'une grande faiblesse ; depuis un mois elle n'a pas encore quitté le lit. On entretient la suppuration du cautère, la pepsine est encore continuée ; on commence l'iodure de potassium,

mais à très faibles doses (iodure de potassium 8 grammes, sirop 230, une cuillerée à café par jour). Quinze jours après, l'amélioration est plus grande, les digestions sont plus libres, c'est à peine si la malade a vomi trois ou quatre fois pendant cette période. Elle commence à se lever, pas d'appétit (On augmente la dose d'iodure de potassium). Un mois après, l'amélioration continue ; encore grande faiblesse ; l'estomac supporte mieux les aliments, cependant les digestions sont encore longues et pénibles ; après chaque repas la malade éprouve un gonflement notable de l'estomac, les forces reviennent peu à peu ; pas d'hématémèse (l'iodure de potassium est continué, sous-nitrate de bismuth et magnésie).

En décembre, la malade est reprise d'une hématémèse peu considérable, sang noir à demi coagulé, mélangé à des matières alimentaires ; cependant les fonctions digestives paraissent en meilleur état ; les aliments passent sans difficulté, c'est à peine s'il y a eu un ou deux vomissements de matières alimentaires depuis un mois. La malade peut sortir, ses forces reviennent. (Vin de quinquina, iodure de fer et iodure de potassium).

En février 1864, Mme X... va mieux : plus de vomissements, toujours légère douleur à la région épigastrique, le cautère donne toujours lieu à une suppuration abondante, l'empâtement du côté droit de la région stomacale persiste, mais à un degré moindre. Même traitement. Au mois de mai, les digestions ont repris leur régularité, et sauf l'empâtement déjà signalé, il ne resterait plus rien des troubles observés. Mme X... se plaint vivement de douleurs dans les oreilles, avec de la surdité, surtout de l'oreille droite. L'iodure de potassium, qui avait été cessé, est repris de nou-

veau ; vésicatoire derrière l'oreille. Au bout de huit jours écoulement de pus par l'un et l'autre conduit auditif ; douleurs moins vives ; surdité moins complète.

En juin, Mme X..., part pour la campagne dans l'état suivant : plus de toux, la respiration se fait normalement, à l'un et à l'autre sommet plus de matité, toux légère, pas d'expectoration, les digestions sont bonnes, l'empâtement a cessé, plus de matité, état général aussi satisfaisant que possible. Depuis, j'ai revu souvent cette malade, dont les phénomènes ont complétement disparu, et depuis plus d'un an Mme X.., jouit d'une santé parfaite.

L'année dernière, nous avons pu observer dans le service de M. Gubler une femme qui présentait des troubles du côté de l'estomac, analogues à ceux qui nous occupent, et que le savant médecin de l'hôpital Beaujon n'hésitait pas à rattacher à la diathèse syphilitique. Il s'agissait d'une femme d'une trentaine d'années, que des hématémèses répétées avaient amenée à un degré d'anémie très considérable ; ces hématémèses revenaient à des époques indéterminées et s'accompagnaient d'une douleur vive du côté de l'estomac. Cette femme offrait en outre, à la voûte palatine, une tumeur volumineuse pour laquelle déjà elle avait réclamé les soins de la chirurgie, et que d'avis unanimes on considérait comme une gomme syphilitique. L'iodure de potassium amena chez cette malade, non seulement la disparition de cette gomme, mais encore de tous les phénomènes qui s'étaient montrés du côté de l'estomac, et qui avaient fait croire à la possibilité d'un cancer ou d'un ulcère simple de ce viscère.

OBSERVATION LXXII

DIEULAFOY. Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris, (1897-1898).

Ulcère syphilitique de l'estomac.

Le 14 janvier 1898, entrait dans mon service de l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Christophe, nº 20, un homme de trente-trois ans, atteint des symptômes classiques de l'ulcère simple de l'estomac. Il avait éprouvé ses premiers troubles gastriques un an et demi avant, dans le courant de mai 1896. Il fut soigné à cette époque à l'Hôtel-Dieu-annexe, dans le service de M. Ménétrier. Il se plaignait alors de douleurs stomacales dont l'intensité augmentait après les repas, douleurs qui retentissaient dans la région dorsale, et qui étaient fréquemment suivies de vomissements alimentaires. Le malade fut considéré comme atteint d'*ulcus simplex ;* on prescrivit le régime lacté absolu : lait, képhir, glace et potions morphinées, on appliqua à la région stomacale des ventouses et des pointes de feu.

Quelques semaines plus tard, le malade ne se trouvant pas suffisamment amélioré, et peut-être aussi peu désireux de continuer son régime lacté, quittait l'hôpital. Mais toujours en proie aux mêmes souffrances, il ne tarda pas à rentrer le 15 juillet à l'Hôtel-Dieu, cette fois dans le service de M. Ferrand. Les symptômes n'avaient pas varié : mêmes douleurs épigastriques et rachidiennes, intolérance stomacale, vomis-

sements alimentaires. Il est de nouveau soumis au traitement de l'*ulcus simplex* : régime lacté, forte médication alcaline, bicarbonate de soude, révulsifs, applications fréquentes de ventouses à la région stomacale et au rachis.

Après trois mois de traitement, interrompu par un court séjour à Vincennes, le malade quitte l'hôpital sans amélioration notable. Il ne tarde pas à rentrer à l'Hôtel-Dieu, et se fait recevoir, le 20 mars, dans le service de M. Gingeot. Les douleurs gastriques ont encore augmenté d'intensité, l'ingestion des aliments exaspère ces douleurs, les vomissements alimentaires sont très fréquents.

Un soir, à onze heures, survient une hématémèse très abondante, le sang est vomi, liquide et en caillots, les caillots sont même si volumineux que le malade doit les extraire de sa bouche avec les doigts. L'interne de garde, appelé au moment de l'hématémèse, prescrit la glace à l'intérieur et fait appliquer des vessies de glace à la région épigastrique. Pendant les huit mois que cet homme est resté dans le service de M. Gingeot, remplacé au moment des vacances par M. Rénon, le traitement a été des plus variés et des mieux conduits. On a repris le régime lacté, lait et képhir, qui avait été prescrit dans les autres services hospitaliers, et la médication alcaline, bicarbonate de soude et eau de Vichy, a été associée au régime lacté. Ce régime ne donnant pas le résultat attendu, on a prescrit une alimentation en partie composée d'œufs et de poudres de viande. Des lavages de l'estomac ont été faits tous les jours pendant trois mois ; une révulsion intense a été appliquée sous différentes formes : ventouses sèches, ventouses scarifiées, teinture d'iode, cinq vésicatoires et pointes de feu par centaines. Devant la tena-

cité du mal, et bien que cet homme ne présentât aucun stigmate d'hystérie, on s'est demandé si un élément nerveux ne jouait pas un certain rôle ; on a fait administrer des douches tous les jours pendant plusieurs semaines, on a eu recours aux bains de tilleul prolongés pendant deux heures, on a pratiqué des séances d'aimantation. Mais toutes ces médications sont restées sans résultat ou peu s'en faut.

Le malade quitte encore une fois l'hôpital et il rentre le 14 novembre, à l'Hôtel-Dieu-Annexe, cette fois dans le service de M. Vaquez, qui a bien voulu me donner à son sujet des renseignements circonstanciés : cet homme continuait à présenter tous les symptômes de l'*ulcus simplex*, il eut même une nouvelle hématémèse plus abondante que l'hématémèse qu'il avait eue dans le service de M. Gingeot. Le malade maigrissait, dépérissait, souffrait continuellement, et n'avait plus de sommeil. Devant l'inefficacité des moyens employés jusque-là, et devant la persistance et la longue durée de l'ulcus stomacal qu'aucun traitement ne semblait pouvoir amender, l'idée de l'intervention chirurgicale gagnait du terrain et M. Vaquez, c'est lui-même qui me l'a dit, se préparait à l'envoyer en chirurgie.

C'est sur ces entrefaites que le malade entre dans mon service le 14 janvier. Il est blotti dans son lit, abattu, abruti par la souffrance, l'œil terne et l'air hébété. Les symptômes ne laissent aucun doute sur le diagnostic d'*ulcus simplex* qui a été porté depuis un an et demi dans les différents services où cet homme a séjourné. La douleur est nettement accusée aux points xyphoïdien et rachidien.

Cette douleur, nous dit le malade, le traverse de part en

part ; elle le prive de tout repos, elle irradie au thorax et à l'abdomen ; elle n'est jamais plus vive qu'après les repas, elle apparaît même après l'ingestion du lait, et l'estomac est tellement intolérant, que lait et aliments sont fréquemment rendus une heure ou une demi-heure plus tard. Je ne constate aucune dilatation de l'estomac, le creux épigastrique est très sensible à la pression, et cet homme n'éprouve quelque soulagement qu'en se couchant sur le côté droit. Au cours de l'examen, on aperçoit aux jambes quelques cicatrices donnant l'impression d'anciennes syphilides ulcéreuses. Le malade est interrogé dans ce sens. Il raconte, en effet, avoir eu la syphilis en juillet 1895 ; il fut soigné, à cette époque, à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Fournier, pour des accidents syphilitiques, syphilides cutanées et muqueuses, syphilides du scrotum et de la bouche, syphilides ulcéreuses des jambes. Il ne resta que quinze jours dans le service de M. Fournier, et c'est dix mois après ces manifestations syphilitiques qu'apparurent les premiers symptômes de l'ulcération gastrique. Il était donc permis de supposer que les accidents gastriques qui depuis dix-huit mois tourmentaient cet homme, étaient de nature syphilitique. Cette hypothèse, déjà mise en avant par mon chef de clinique, M. Kahn, lorsqu'il me présenta le malade, était d'autant plus admissible que le régime lacté et autres traitements, qui d'habitude améliorent ou guérissent l'*ulcus simplex*, étaient restés ici sans résultat. Pendant un an et demi, nous venons de le voir, les médications les plus rationnelles avaient été prescrites, et l'inefficacité absolue des moyens médicaux avait suggéré, en dernier lieu, l'idée d'une intervention chirurgicale.

Avant de prescrire le traitement spécifique, je voulus me

rendre compte moi-même de l'état du malade. Je ne lui prescrivis aucune médication, et je me contentai de le soumettre, pendant quelques jours, uniquement au régime lacté. Mais les violentes douleurs stomacales et les vomissements continuaient comme par le passé, le lait était vomi liquide ou en caillots. C'est alors que je prescrivis le traitement mercuriel sous forme d'injections de solution huileuse de bi-iodure d'hydrargyre, médication excellente, inoffensive, que vous me voyez employer constamment. On pratiqua tous les jours une injection de 1 gramme de la solution préparée par M. Berlioz d'après les indications de M. Panas ; chaque gramme de solution représentant 4 milligrammes de bi-iodure d'hydrargyre. La première injection fut faite le 18 janvier. Pendant cinq jours, les symptômes persistèrent sans la moindre modification ; les douleurs continuèrent et le lait fut mal toléré.

Mais dès le sixième jour du traitement, c'est-à-dire dès la sixième injection, les douleurs diminuèrent, disparurent et les vomissements cessèrent complétement. Le malade dormait, lui qui depuis si longtemps était privé de sommeil ; sa physionomie se modifiait d'un jour à l'autre, il ne savait comment nous témoigner sa surprise de se sentir aussi rapidement transformé ; et pour nous montrer à quel point il était amélioré, il frappait sur son estomac, il se tournait et se retournait dans son lit, sans éveiller aucune douleur. Dès ce moment, il put absorber deux ou trois litres de lait sans le moindre vomissement, et il éprouva un bien-être qu'il n'avait pas ressenti depuis un an et demi.

Voici le malade, je l'ai fait venir à l'amphithéâtre, afin qu'il vous raconte son histoire et afin que vous puissiez tous juger de cette réelle métamorphose.

Le 4 février, c'est-à-dire après la quatorzième injection, je

voulus tenter un fort repas d'épreuve, composé de viande, de légumes et de pain ; le repas fut pris avec avidité, avec trop d'avidité, et il fut en partie vomi. Je prescrivis alors une alimentation graduelle et progressive, composée de soupe, d'œufs, de pain, de purées, de légumes, alimentation à laquelle j'ajoutai la viande le 19 février. En même temps, j'avais associé l'iodure de potassium à la dose de 1 gramme par jour, aux injections mercurielles. Douleurs stomacales et vomissements n'avaient plus reparu ; le malade avait un tel appétit qu'il ne pouvait se rassasier ; outre les quatre portions d'aliments qui lui était prescrites, il demandait des rations supplémentaires, il engraissait à vue d'œil, au point de reprendre 4 kilos en cinq semaines ; les personnes qui suivaient journellement la visite étaient étonnées de progrès si rapides. Cet homme qui, quatre semaines avant, était blotti dans son lit, amaigri et sans force, souffrant et vomissant, ne pouvant goûter quelques heures de sommeil, cet homme aidait maintenant au service de la salle, la mine réjouie et ayant récupéré ses forces d'autrefois.

En un mot, il était guéri. J'arrêtai le traitement après la trentième injection de bi-iodure d'hydrargyre, mais je continuai encore l'iodure de potassium.

OBSERVATION LXXIII

DIEULAFOY. *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques* (décembre 1902).

Hématémèses abondantes dans la syphilis tertiaire.

M. le Professeur Dieulafoy a présenté à l'une de ses leçons un malade qui, six mois auparavant, était entré dans le service dans un état d'anémie très marqué survenu à la suite d'hématémèses considérables. Quelques jours auparavant, en effet, au milieu d'une bonne santé et sans raison apparente, il avait été pris de malaises avec sueurs froides, et, brusquement, avait vomi une énorme quantité de sang noir. Il se coucha et prit de l'ergotine, mais le lendemain matin, les mêmes phénomènes se reproduisirent et il eut coup sur coup plusieurs hématémèses, qui, à son estimation, réunies à celle de la veille, ont pu produire un litre et demi de sang. C'est à ce moment qu'ayant présenté une tendance syncopale, il fut amené à l'hôpital.

Ce n'était pas la première fois qu'il présentait de pareils accidents. Deux ans auparavant, étant en vacances, et toujours sans cause appréciable, il avait eu plusieurs jours de suite des hématémèses énormes et, revenu à Paris, très affaibli, il dut entrer à l'hôpital Lariboisière, où il s'améliora progressivement sous l'influence du régime lacté.

Ainsi, cet homme avait eu, séparées par un intervalle prolongé, deux crises d'hématémèses dont la cause devait être

recherchée attentivement... Après avoir écarté le cancer, la cirrhose, les varices œsophagiennes ou stomacales, l'*exulceratio simplex* et l'ulcère rond, l'attention fut attirée par ce fait que le malade avait eu la syphilis en 1884. Il n'eut aucune manifestation particulière jusqu'en 1897, époque à laquelle il présenta un testicule syphilitique suivi bientôt de gommes dans la région de l'épaule et du cou, gommes dont il souffre encore et qui étaient en poussée active au moment de sa première hémorrhagie. Cette coïncidence et les lésions qui existent encore maintenant permettent de se demander s'il n'a pas une lésion du même genre du côté de la muqueuse gastrique. C'est dans cette supposition que le malade a été soumis au traitement. Tout allait bien sous cette influence et les hématémèses ne se reproduisirent plus quand il commença à souffrir de l'estomac : c'étaient alors les premiers symptômes gastriques qu'il présentait. Néanmoins, il s'améliora assez pour pouvoir quitter l'hôpital, mais il revint récemment avec de nouvelles poussées gommeuses dans ses anciens foyers. Après une nouvelle série d'injections il pouvait être considéré comme guéri, lorsque de nouvelles gommes se produisirent encore et il fallut de nouveau recommencer le traitement.

On est donc en présence d'une syphilis tertiaire à répétition ; et il est bien probable que ce qui s'est produit du côté de la peau s'est produit chez lui au niveau de la muqueuse gastrique et qu'il a eu dans cette région des gommes qui ont guéri et ont reparu quelque temps après ; mais on peut espérer qu'il guérira définitivement....

OBSERVATION LXXIV

FOURNIER. *La Syphilis* (juillet 1903)

Hématémèses dans la syphilis tertiaire.

Une jeune artiste, que j'avais traitée et guérie en 1860 d'une large syphilide tuberculo-crustacée de la région dorsale, me fit mander en 1867.

Quand j'arrivai près d'elle, je la trouvai dans le plus triste état : affaissée dans son lit, anémiée et plus qu'anémiée, exsangue, littéralement blanche, aussi blanche que ses draps, prostrée, exténuée, ayant à peine la force d'émettre quelques mots. Elle avait à ses côtés une cuvette à moitié pleine d'un sang rutilant qu'elle venait de vomir. Me montrant cette cuvette, elle me dit d'une voix éteinte (et c'est tout ce qu'elle put me dire) : « C'est tous les jours comme cela depuis deux mois ». J'appris alors de son entourage qu'elle souffrait de l'estomac depuis longtemps ; qu'elle digérait fort mal, avait souvent des nausées, et vomissait souvent ; que depuis deux mois elle avait eu plusieurs hématémèses, dont quelques-unes très abondantes, extraordinairement abondantes même et cela « jusqu'à remplir une cuvette » ; qu'elle ne tolérait plus aucun aliment, rendait même le lait, même la glace, etc., qu'enfin depuis plusieurs jours elle n'avait absolument rien pris. Bien des médecins avaient été consultés, bien des traitements avaient été suivis. On me montra les ordonnances, et je fus convaincu bientôt qu'on avait fait pour elle tout

ce qui est d'usage classique contre l'ulcère de l'estomac, diagnostic sur lequel, me disait-on, tout le monde s'était accordé. Non sans embarras, je me demandais ce que j'allais prescrire à mon tour, la liste des médications rationnelles me semblant épuisée par mes prédécesseurs, lorsqu'en souvenir des accidents dont j'avais traité et guéri cette malade, l'inspiration me vint de faire appel de nouveau au traitement qui lui avait si bien réussi jadis. Bref, je prescrivis l'iodure de potassium, et cela non sans quelque appréhension, je l'avoue, car c'était la première fois que j'administrais ce remède en pareille circonstance. Qu'allait-il advenir ? Or, ce qui advint tient littéralement du prodige. Sans exagération, ce fut un coup de théâtre, un changement à vue, une quasi-résurrection. Car cette moribonde fut immédiatement soulagée et revint bientôt à la vie. Quelques jours ne s'étaient pas écoulés qu'elle cessait de souffrir, puis de vomir ; elle n'eut plus la moindre hématémèse. Puis, très rapidement, elle arriva à tolérer le lait, les œufs, les potages, etc... Pour abréger, qu'il me suffise de dire ceci : trois à quatre semaines plus tard, elle se trouvait guérie !

Cela, n'est-ce pas ? est déjà bien significatif. Mais patience ! Car cette histoire a un épilogue plus curieux encore et plus probant, que voici :

Depuis sept à huit ans, j'avais perdu de vue la malade en question, lorsqu'un jour je vis entrer dans mon cabinet, se traînant plutôt que marchant, un véritable spectre, décharné, exsangue, blanc.

C'était encore cette femme, et cela dans un état presque semblable à celui où je l'avais vue dans sa dernière maladie. D'une voix défaillante elle me raconta qu'elle arrivait d'Ita-

lie, où elle était en tournée dramatique, que là elle avait été reprise depuis deux mois environ de douleurs violentes d'estomac, de tous phénomènes d'intolérance gastrique, de vomissements répétés, d'hématémèses, et que notamment elle avait vomi à plusieurs reprises, comme autrefois, de « pleines cuvettes de sang ». Mais, lui dis-je tout aussitôt, vous n'avez donc pas repris le remède qui vous avait guérie il y a huit ans, à savoir l'iodure de potassium ? Non, me répondit-elle, on n'a pas voulu. Et pourquoi ? On m'a dit que cela me tuerait. — Bref, séance tenante, je la remis au traitement par l'iodure, le lait et la glace. Or, cette fois encore le traitement spécifique fit littéralement merveille, en réalisant ces effets surprenants, extraordinaires, auxquels j'avais assisté huit ans auparavant et qui, sommairement, consistèrent en ceci : Suspension brusque de tous les phénomènes morbides, puis guérison, et guérison complète, en l'espace de quelques semaines. Avec le dit épilogue, cette observation s'élève au-dessus de toute discussion possible et devient absolument démonstrative.

OBSERVATION LXXV

Fournier, cité par Dieulafoy. *Manuel de pathologie interne.*

Autre cas d'hématémèses dans la syphilis.

Un Russe, atteint de syphilis intense, est pris de vomissements de sang qui guérissent sous l'influence du traitement spécifique. Il cesse de se soigner et présente successivement

du rupia et des hématémèses, qui cèdent encore à l'iodure de potassium.

OBSERVATIONS LXXVI et LXXVII

FOURNIER. *La Syphilis* (juillet 1903). *Syphilis gastrique à forme pseudo-cancéreuse.*

Un de mes clients, que j'avais traité pour la syphilis, revient me trouver à propos de troubles gastriques vraiment sérieux. A l'examen de son estomac, je constate d'une façon non douteuse l'existence d'une tumeur siégeant au niveau du pylore, tumeur qui me donne tout à fait l'impression d'un cancer. Toutefois, me rappelant les antécédents du malade, je prescris (certes bien moins par conviction que par prudence) un traitement spécifique, consistant en frictions mercurielles et iodure de potassium. Je ne revois plus le malade de quelques mois, si bien que je le croyais mort ; mais, un jour, quel n'est pas mon étonnement de le retrouver en pleine santé et notamment guéri, absolument guéri de ses troubles gastriques ! Quant à la tumeur, il n'en restait pas l'ombre.

En septembre dernier, un vieil ami (71 ans) vient me trouver tout chagrin : « Il paraît, me dit-il, que j'ai une tumeur à l'estomac (sans doute un cancer, quoiqu'on ne me l'ait pas dit), et qu'il faut m'ouvrir le ventre pour m'enlever cette tumeur. Du moins on me l'a conseillé ; vois donc cela ».

J'interroge le malade : troubles gastriques très accentués, et notamment troubles accusant un certain degré de sténose pylorique. J'examine et trouve, en effet, une tumeur facile-

ment accessible (en raison de l'amaigrissement), siégeant d'une façon très exacte à la région pylorique, dure, de la forme et du volume d'une belle mandarine, etc... Bref, je l'avoue, je suis conduit malgré moi au diagnostic de cancer, et je n'aurais pas été loin d'accepter l'intervention chirurgicale proposée sans un souvenir qui me traverse l'esprit. Mon ami est un ancien syphilitique ; il a eu la syphilis il y a vingt ans et ne s'en est qu'incomplétement traité, à la façon des gens du monde, c'est à dire très bien au début et mal ensuite. Pourquoi donc cette tumeur ne serait-elle pas un produit de la syphilis ? Conséquemment, je demande un sursis d'un mois avant de discuter l'opportunité d'une opération, et je propose de consacrer ce mois à un essai de traitement spécifique. On accepte, et ce traitement est institué (frictions mercurielles et iodure de potassium). Résultat : deux mois après, atténuation notable des troubles gastriques et diminution appréciable de la tumeur ; en janvier, les fonctions de l'estomac sont presque rétablies, et la tumeur a subi un retrait nouveau ; bref, en avril, retour à la santé et disparition absolue de la tumeur.

OBSERVATION LXXVIII

DUBUC. — *La France médicale* (1er juillet 1898).

Syphilis de l'estomac à forme pseudo-cancéreuse.

M... est actuellement âgé de 42 environ ; il a éprouvé à diverses reprises des manifestations rhumatismales. En décembre 1880, chancres indurés multiples du fourreau de

la verge, de la face cutanée du prépuce, de la rainure glando-préputiale. Traitement interne par la liqueur de Van Swieten. Roséole en janvier 1881 ; première saison à Luchon en août de la même année, sous la direction du Dr Frontan ; deuxième saison l'année suivante. En mars 1884, syphilide tuberculeuse, circonscrite, de la face antérieure de l'avant-bras droit, traitement mixte. Le 8 juillet 1891, je constate, au niveau de la région épigastrique, sur la ligne médiane, au-dessous de l'appendice xiphoïde, l'existence d'une large plaque indurée de la dimension au moins de la paume de la main, avec saillie dure à la surface du volume d'un œuf de pigeon. Elle est située en arrière de la paroi abdominale et occupe à n'en pas douter la paroi de l'estomac ; elle est soulevée d'une façon isochrone au pouls par les battements de l'aorte et du tronc cœliaque ; elle ne présente pas de continuité avec le lobe gauche du foie, elle en est séparée par une zone de sonorité peu étendue. Au niveau de la plaque indurée elle-même, il existe un peu de submatité.

Le malade a maigri ; les digestions sont lentes et difficiles ; pas de vomissements, douleur vague dans la région atteinte. Il est difficile, en raison des caractères objectifs de la lésion, de ne pas songer à la possibilité d'une dégénérescence carcinomateuse de la paroi stomacale ; toutefois, à cause des antécédents syphilitiques que je connaissais bien puisque j'avais soigné le malade pour la syphilis qu'il avait contractée en 1880, à cause aussi de son âge peu avancé (35 ans environ), je me rattachai à l'idée qu'il s'agissait probablement d'une infiltration gommeuse de la paroi stomacale et je le soumis sans hésiter au traitement mixte par le mercure (pilules de Sédillot) et l'iodure de potassium donné à dose élevée. Je fis, en outre, appli-

quer sur toute la région épigastrique un large morceau de sparadrap de Vigo *cum mercurio*. Régime lacté mixte. Le 15 juillet, je pouvais déjà constater une diminution appréciable dans les dimensions de la plaque indurée ; les battements artériels la soulevaient à un moindre degré. L'appétit restait peu développé sans qu'il existât du dégoût pour les aliments ; les digestions étaient lentes. Le malade avait pris chaque jour 2 litres 1/2 de lait, en même temps qu'une certaine quantité d'autres aliments ; il me demanda à revenir au vin, ce à quoi je l'autorisai. Il était bien entendu qu'il continuerait pendant plusieurs semaines le traitement mixte mercuriel et ioduré ci-dessus prescrit et renouvellerait les applications de sparadrap de Vigo sur la région épigastrique. En novembre 1895, ayant eu l'occasion de revoir le malade, je constatai qu'il ne restait plus aucune trace de la plaque indurée : en déprimant la paroi abdominale au niveau de l'épigastre, on constatait que les tissus sous-jacents présentaient une entière souplesse. Il me dit qu'il avait longtemps continué le traitement mixte et que l'induration qu'il percevait lui-même avec la main, de la façon la plus nette, avait progressivement disparu. La santé générale était excellente, et depuis lors elle s'est maintenue telle. Il mène une vie active et parfois très fatigante...

OBSERVATION LXXIX

DOMENICI. *New-York Medical* (1902).

Gastrite chronique.

L'auteur rapporte un cas de syphilis tertiaire avec localisation dans l'estomac. La malade était une femme de 32 ans, qui d'abord niait toute manifestation possible de syphilis. Un an et demi avant son admission, on notait des troubles gastriques, accompagnés plus tard de douleurs dans l'estomac sans vomissements, ni hématémèses.

A l'examen, la région épigastrique était un peu proéminente, quelque peu sensible à la pression ; l'estomac était légèrement distendu ; le foie était normal. Les douleurs survenaient après les repas, et parfois entre les repas, et se propageaient en haut et en arrière, du côté de l'épaule droite. Le contenu de l'estomac était un peu pauvre en acide chlorhydrique. Le traitement ordinaire de la gastrite chronique fut essayé sans succès, et après un interrogatoire confidentiel, la malade avoua qu'elle avait présenté une éruption maculeuse généralisée quelques années auparavant. Le traitement mixte fut alors prescrit, avec un effet rapide et surprenant, de sorte qu'il n'y avait plus aucun doute au sujet de la nature spécifique de l'affection.

OBSERVATION LXXX

BARTUMEUS. *Revista de Ciencias Medicas* (1879)

Gastralgie et vomissements nocturnes.

Le 1er janvier, se présenta à ma consultation particulière un sujet de 28 ans, d'un tempérament lymphatique et nerveux, d'une constitution délabrée, affligé de douleurs épigastriques presque continuelles, qui augmentaient toujours d'une façon très sensible après le manger, et s'exacerbaient considérablement le soir après le souper, et cela tous les jours, provoquant des vomissements à la suite de ces exacerbations. Étant donné l'état intellectuel de cet individu, il m'a été impossible de me renseigner sur le début de cette affection, qui atteignait le malade à un degré suffisant pour donner lieu à l'état de dénutrition qu'il présentait. Le diagnostic de gastralgie sautait aux yeux, et je prescrivais en conséquence l'administration de sous-nitrate de bismuth associé au chlorhydrate de morphine, qui donne d'habitude de bons résultats. Huit jours après, mon sujet se présentait de nouveau, m'affirmant que son affection s'était aggravée de beaucoup, avec des douleurs intolérables, et m'assurant avoir suivi très exactement mes prescriptions, ajoutant que la douleur augmentait davantage pendant le manger, et que l'exacerbation de la gastralgie quelques minutes après le souper se manifestait sous forme de paroxysme avec des vomissements violents. Je supprimai donc mes prescriptions, ordonnant un narcotique sous une autre forme et à grandes

doses, en même temps un topique de vertu semblable, ayant l'intention de recourir ensuite à la méthode endermique, et après aux topiques révulsifs, et même d'essayer le sulfate de quinine, étant donnée la constance avec laquelle se manifestait toutes les nuits l'exacerbation.

Bien des jours s'écoulèrent, sans que le patient se présentât à nouveau ; moi-même je l'avais déjà complétement oublié, lorsque le 23 janvier, appelé dans une maison près d'un sujet atteint de catarrhe bronchique, on me suppliait de voir un individu, qui avait déjà recouru à mes soins, et qui depuis quelques jours était obligé de rester couché.

En me disant que cette famille où le malade se trouvait était celle de sa fiancée, et qu'arrivant dans cette famille, il était tombé accidentellement malade, je voyais qu'on voulait me donner l'explication du motif pour lequel il se trouvait dans cette maison ; la rencontre de mon malade susdit, qui avait attiré mon attention, ne me surprenait pas plus que la constatation stupéfiante de son état déplorable. Sa maigreur avait encore augmenté et cela d'une façon effrayante ; on voyait le malade, avec des pommettes saillantes, des yeux enfoncés, toutes les parties contractées, dénotant des souffrances intolérables. Les douleurs gastralgiques le tourmentaient d'une façon insupportable pendant toutes les nuits, et toujours après le souper, avec continuation des vomissements, ce qui le mettait ensuite dans un état de prostration ; pendant le dîner de midi (il faut noter cette circonstance) la douleur augmentait, mais toutefois était supportable, et les vomissements ne se produisaient jamais après le dîner. En même temps, pour compléter le tableau, se sont manifestées des douleurs intenses dans les bras et les jambes, présentant,

comme la gastralgie, la particularité de s'engourdir pendant la nuit. Cette révélation d'une valeur inappréciable éveilla en moi des soupçons...

Finalement, après l'avoir questionné avec infiniment de subterfuges, j'ai pu apprendre ce qui suit : que, voilà à peu près 6 ans, il était atteint d'ulcérations au prépuce et au gland, dans une desquelles ou dans les deux peut-être il fallait chercher l'origine de l'infection syphilitique, que ces ulcérations n'étaient pas accompagnées de bubons inflammatoires ou suppurés, qu'au printemps apparaissaient différentes taches sur le corps, qui se guérissaient avec rapidité et sans aucun traitement (roséole syphilitique), que bien plus tard il souffrait de la petite vérole (ecthyma syphilitique, dont il ne restait pas la moindre trace), qu'il avait souffert plusieurs fois d'angines, et qu'à présent, il lui était survenu à nouveau des ulcérations, comme précédemment, au même endroit (qu'après examen, je rattachais aux syphilides ulcéreuses).

Le tableau présenté de cette manière était donc on ne peut plus classique ; on y observait l'évolution complète de l'infection syphilitique...

Je formulai le diagnostic comme il suit : gastralgie syphilitique de forme intermittente, avec vomissements nocturnes ; céphalée ; douleurs musculaires dans les extrémités inférieures, périarticulaires dans les genoux et périostiques dans les jambes ainsi que dans les extrémités supérieures ; syphilides ulcéreuses du prépuce (face interne) et du gland ; atrophie musculaire. Une fois le diagnostic bien établi, le traitement se présentait à nous tout naturellement ; je supprimai toute espèce de médication narcotique, lui adminis-

trant 2 grammes d'iodure de potassium par jour. Les effets de la médication furent surprenants ; le jour suivant (24), les douleurs de la tête et des extrémités se calmèrent complétement ; la douleur gastralgique diminua, les exacerbations et les vomissements cessèrent ; le jour suivant (25) la gastralgie disparut entièrement ; les ulcérations balano-préputiales se cicatrisèrent dans un laps de temps de 20 jours, et la nutrition s'améliora de jour en jour d'une façon très notable...

OBSERVATION LXXXI

ROSANOW *La Semaine médicale* (1er octobre 1890).

Ulcère gastrique avec douleurs nocturnes.

L'auteur a observé le fait suivant : Un soldat présentait depuis huit ans tous les symptômes de l'ulcère de l'estomac : douleurs à l'épigastre, renvois, hématémèses et diarrhée.

Pendant deux mois, tous les moyens de traitement restèrent impuissants. Enfin, le fait que les douleurs à l'estomac survenaient surtout la nuit, et étaient accompagnées de douleurs térébrantes dans les jambes, fit supposer à M. Rosanow l'existence d'une diathèse syphilitique, malgré le résultat négatif de toutes les informations prises à ce sujet sur les antécédents du malade. En conséquence, le malade fut sou-

mis pendant quarante-sept jours à un traitement antisyphilitique, consistant dans l'emploi des frictions mercurielles, du calomel et de l'iodure de potassium. La guérison fut rapide.

OBSERVATION LXXXII

MAMULEA. *Spitalul* (1901).

Ulcère de l'estomac dans la syphilis secondaire.

... Il s'agit d'un malade de 28 ans, né à Bucarest, entré dans le service le 6 septembre 1900.

Il se plaint que trois semaines auparavant il a commencé à avoir des douleurs épigastriques, surtout après le repas, douleurs qui, supportables les premiers jours, s'accentuaient de plus en plus, accompagnées de vomissements, qui les calmaient plus ou moins.

Il en est arrivé au point qu'il ne pouvait plus rien tolérer, même les aliments liquides.

Vers le 1er septembre, les vomissements, alimentaires jusque là, sont devenus sanguinolents, le malade vomissant du sang rouge en petite quantité. En même temps il remarqua que ses selles commençaient à devenir noires foncées. Cet état se continua jusqu'à son entrée à l'hôpital. Le malade est bien constitué ; sa figure est pâle et anxieuse ; aucun trouble

de la sensibilité générale ou spéciale. La peau présente, surtout à la partie antéro-postérieure du thorax, de nombreuses efflorescences cuivrées, de la grosseur d'un pois à une pièce de 0,50 centimes, surélevées, couvertes de squames fines non prurigineuses et ne produisant aucun inconvénient au malade. Sur la partie latérale droite de la base du pénis, on trouve une cicatrice dont le grand diamètre transversal est de 3 à 4 centimètres, d'un blanc nacré au centre, et dont le pourtour est rouge foncé, se confondant insensiblement avec la couleur normale de la peau du pénis. Les ganglions inguinaux droits sont gros, durs, indolores. Aucun trouble moteur, aucune lésion osseuse. L'examen des poumons et du cœur reste négatif ; mais celui de la cavité buccale nous révèle des lésions importantes et très intéressantes. La langue présente sur la face dorsale et sur les bords, des ilots nombreux, dont le pourtour est plus ou moins circulaire, ilots dont l'épithélium desquamé laisse apercevoir une surface rouge intense framboisée, en opposition avec la couleur blanchâtre du reste de la langue. Ces ilots sont disséminés irrégulièrement sur la langue, ont des dimensions variées, et sont séparées par des petites portions de muqueuse normale. Néanmoins la langue n'est pas du tout douloureuse et ses lésions ne produisent aucun trouble fonctionnel. Les amygdales sont hypertrophiées ; la muqueuse des piliers et du pharynx, de couleur rouge vif, présente d'innombrables érosions couvertes d'un léger enduit grisâtre et presque transparent. La déglutition et la mastication sont par suite douloureuses. L'adénopathie cervicale et sous-maxillaire fait défaut. La région épigastrique, un peu au-dessous de l'appendice xiphoïde, est très douloureuse spontanément, mais

surtout à la pression. A la palpation, on ne note ni induration, ni tumeur. La douleur épigastrique s'irradie dans l'hypochondre gauche. Le malade a commencé à avoir une véritable horreur des aliments, dont la déglutition lui donne des douleurs atroces et est suivie aussitôt après de vomissements et d'hématémèses. Les selles présentent le caractère de selles mélœniques.

Le foie présente à la percussion sur la ligne mamelonnaire droite une hauteur de 14 centimètres. On ne peut trouver la rate ni par la palpation, ni par la percussion.

Interrogé sur son passé, le malade raconte très clairement que ses frères et ses parents sont en bonne santé, que lui-même n'a jamais été malade, sauf qu'il a eu dans l'enfance quelques accès de fièvre intermittente et il y a 3 ans une blennorrhagie, qui a guéri. Il nie tout accident du côté de l'estomac, n'a jamais eu de phénomène qui puisse révéler un trouble gastrique. Il serait apparu il y a 3 mois, sur la place où se trouve maintenant la cicatrice de la base du pénis, une petite efflorescence couverte d'une croûte, que le malade a soulevée à plusieurs reprises, laissant à nu une ulcération indolore, qui peu à peu augmenta en surface, acquérant les dimensions d'une pièce de 2 francs. Le malade, qui se la soignait, nous dit qu'il a été impressionné par ses bords épais et sa base dure. Tous les traitements topiques employés par le malade et aux consultations de chirurgie où il est allé, ont été inutiles. Ce n'est que plus tard à la consultation de chirurgie du Dr Nanu qu'on lui aurait fait des injections de salicylate de mercure, et la guérison aurait été immédiate. Deux semaines après la guérison de cet accident, est apparue sur

le corps la roséole, suivie en peu de temps des douleurs à la déglutition et des troubles gastriques susdits.

Avec ce cortège symptomatique, le diagnostic n'est plus douteux. La notion claire de l'accident primitif avec les caractères décrits par le malade, cédant rapidement à l'influence du traitement et accompagné de l'adénopathie caractéristique, l'apparition peu de temps après des accidents secondaires, représentés par les syphilides papuleuses tégumentaires, la glossite en aires, tellement caractéristique, les syphilides érosives pharyngiennes, tout cela ne permettait plus de doute ; nous étions en face d'une syphilis secondaire en pleine éruption. D'autre part, les grandes douleurs épigastriques exagérées par l'ingestion des aliments, soulagées par les vomissements qui survenaient aussitôt après l'ingestion, les hématémèses et le melœna étaient des signes certains d'une ulcération de l'estomac. Nous étions donc en face d'un double diagnostic : syphilis secondaire, ulcère de l'estomac. L'apparition de l'affection de l'estomac au cours de l'éruption syphilitique, sans aucun trouble gastrique antérieur, nous semblait très suspecte et la possibilité d'une localisation gastrique de la syphilis nous sembla suggestive et probable. Le malade fut soumis au traitement spécifique par des frictions avec 6 grammes d'onguent mercuriel. Dans l'attente de l'effet général du traitement, nous avons traité la lésion locale, le malade étant soumis à la diète lactée absolue, avec de la glace sur la région épigastrique, des astringents, des hémostatiques et de l'opium à l'intérieur. Sous l'influence de ce traitement, l'intensité des accidents diminua. Les hématémèses et le melœna disparurent, le lait fut parfaitement toléré, de telle façon que des anciens symptômes il ne restait le

12 septembre, 6 jours après le début du traitement, qu'une légère douleur épigastrique, qui apparaissait deux ou trois fois par jour.

Parallèlement à l'amélioration de l'état local, les divers accidents cutanés et muqueux guérissaient. Le traitement mercuriel et la diète lactée avec la médication alcaline furent continués jusqu'au 16 septembre, lorsque, une stomatite intense apparaissant, les frictions furent supprimées. A cette époque, 10 jours après le commencement du traitement, les accidents cutanés étaient devenus très pâles, les accidents muqueux étaient presque guéris ; quant aux phénomènes gastriques, ils étaient tout à fait disparus. On lui administra ensuite tous les jours 1 gramme d'iodure de potassium, que le malade supporta très bien. Le traitement mercuriel fut repris le 19 septembre et continué jusqu'au 28 septembre, quand il fut alors suspendu à cause de la stomatite intense. Tous les accidents étaient guéris ; nous accordâmes au malade avec précaution et graduellement les aliments solides, qui furent très bien tolérés. Le 2 octobre, très content, le malade quitte le service. J'ai eu, à maintes reprises, l'occasion de le revoir ; il se trouve bien et n'a aucun trouble de l'estomac .....

OBSERVATION LXXXIII

SANDERS, cité par NORDEN. (*Over Maagsyphilis* 1897).

Syphilis gastrique simulant le cancer.

Il s'agit d'un homme de 39 ans, souffrant de maux de tête tellement violents qu'il lui était impossible de rester au lit. De plus, il se plaignait de l'impossibilité de parler; il y avait de la raideur du côté gauche et des douleurs dans la région stomacale. Les premiers troubles ne duraient que depuis quelques jours ; quant aux derniers, ils duraient depuis plus longtemps: les douleurs d'estomac duraient depuis deux ans et demi. La dilatation de l'estomac ne s'est déclarée que depuis peu, accompagnée d'une sensation de piqûres d'épingles, surtout lorsque le malade absorbe de la bière ou de l'alcool ; les douleurs deviennent encore plus violentes après manger. Ces douleurs ne se localisent pas seulement dans un endroit, mais rayonnent dans différentes directions, surtout dans la région dorsale ; la douleur devient encore plus forte dans la région thoracique. Le malade ne peut rester que dans la position courbée ; il y a six mois, je l'avais en traitement et je diagnostiquais un carcinome de l'estomac. Pendant ma visite, j'ai constaté un homme bien constitué, très amaigri, anémique, de taille moyenne, d'une musculature bien développée, mais très affaiblie ; le malade est peu robuste. Pouls : 56, complétement normal ; T. 37°. La partie gauche du visage est parésiée, la langue chargée et sen-

siblement déviée vers la droite. Diminution très grande de force du bras gauche. Le patient avoue avoir été infecté il y a quelques années par la syphilis. Nous le traitâmes par des frictions combinées au traitement interne avec l'iodure de sodium ; en trois semaines, il fut rétabli. Les maux de tête commencèrent par diminuer, puis les maux d'estomac cessèrent aussi ; la force du bras gauche revint ; il ne lui resta qu'une petite gêne de la parole. Quelques années après, j'eus l'occasion de revoir le patient ; il ne se plaignait plus de troubles d'estomac, ni des autres organes.

OBSERVATION LXXXIV

KESER. *British medical journal* (1891).

Ulcère gastrique dans la syphilis secondaire.

La malade, femme célibataire, âgée de 19 ans, avait été employée comme fille de cabaret pendant plusieurs mois, et pendant ce temps elle avait eu des repas très irréguliers. Elle buvait souvent de la bière, des spiritueux, ou du thé fort, au lieu de prendre de la nourriture solide ; elle perdit progressivement son appétit, devint maigre et anémique, et commença à souffrir de dyspepsie. L'estomac était douloureux et elle vomissait parfois après avoir pris de la nourriture.

Vers le milieu d'octobre 1890, la malade rendit environ une demi-tasse à thé de sang avec la nourriture qu'elle avait prise une heure auparavant. La douleur augmentait notable-

ment, et se propageait au dos et aux côtés du thorax ; elle atteignait son maximum d'intensité dix minutes environ après les repas. Le 20 novembre, elle fut admise à l'hôpital français ; elle paraissait pâle et maigre et se plaignait d'une grande douleur au creux de l'estomac ; la langue était sèche et saburrale, la température normale. La malade fut tenue au lit, et on lui ordonna de la nourriture liquide en petite quantité ; on prescrivit une potion de bismuth et de morphine. Elle rendait presque chaque jour, généralement vers trois heures du matin, une ou deux pleines cuillères à soupe de sang brun foncé, légèrement acide ; le sang ne semblait point passer dans l'intestin, car il n'y avait jamais de melœna Les règles devaient venir au commencement de décembre, mais n'apparurent pas. Comme les vomissements de sang continuaient toujours, le nitrate d'argent fut substitué au bismuth ; et la malade fut nourrie presque entièrement par le rectum. Il y eut à ce moment une légère élévation de la température vespérale, 99° à 100°, dans la bouche. Le changement de traitement produisit une amélioration temporaire, mais, malgré tous les soins, elle continua toujours à vomir du sang tous les deux ou trois jours. Des drogues diverses furent essayées sans succès. A la fin de février, la malade se plaignit de douleurs dans les membres et d'une sensation de brûlure pendant la miction. On trouva des condylomes sur les grandes lèvres et des plaques muqueuses sur les amygdales ; un examen vaginal montra que la malade était au début du quatrième mois d'une grossesse. Aucun renseignement certain ne put être obtenu sur la date exacte de l'infection, ou sur l'existence d'un traitement antérieur. On prescrivit une potion contenant de la liqueur de bichlorure

d'hydrargyre (trois fois par jour 3 j.), et les vomissements de sang diminuèrent bientôt de fréquence ; on donna alors de fortes doses de mercure, et à partir du 28 mars aucun vomissement ne se produisit jusqu'au 25 avril ; l'état général fut beaucoup amélioré et les signes locaux de syphilis furent moins marqués.

Le 12 mai, la malade fut envoyée à la campagne pendant quinze jours ; elle pouvait prendre quelque nourriture solide, et n'avait eu aucun vomissement depuis dix-sept jours. Le 10 mai, elle eut une fausse-couche, et à la suite l'effet du traitement devint de plus en plus évident ; les vomissements cessèrent et tous les autres symptômes de syphilis disparurent. La malade fut envoyée de nouveau en juillet dans son pays natal. J'ai appris depuis qu'elle avait eu là un léger retour de ses symptômes, dû, sans aucun doute, à la fatigue de la journée et à une interruption temporaire du traitement.

Le changement qui se produisit sous l'influence du mercure fut très frappant ; avec le traitement ordinaire, on n'obtenait aucun résultat durable, les vomissements continuaient toujours, et il n'y avait qu'une faible amélioration de la santé générale. La quantité de sang rendue était presque toujours exactement la même ; le sang semblait provenir d'une petite surface ulcérée, qui n'eût aucune tendance ni à se fermer, ni à s'accroître. La présence dans le sang du virus syphilitique empêchait sans aucun doute la cicatrisation, qui bientôt eut lieu sous l'influence du mercure.

OBSERVATIONS LXXXV et LXXXVI

MAX EINHORN. *Philadelphia medical journal* (1900).

Ulcère gastrique d'origine syphilitique.

1er mai 1892. — Madame A. K..., âgée de 30 ans, a gagné la syphilis trois ans auparavant, dont elle a parfaitement guéri à la suite d'une cure complète par les frictions mercurielles. Depuis trois mois, elle a souffert de violentes douleurs immédiatement après les repas, et a eu par moments des vomissements ; elle n'a jamais vomi de sang ; elle avait de la constipation. Le traitement ordinaire de l'ulcère gastrique a été strictement mis à exécution par le médecin traitant pendant les quatre dernières semaines, mais sans le moindre succès ; et c'est alors que je fus appelé à voir la malade.

Etat présent. — La patiente paraît un peu pâle, mais en somme a un très bon état de nutrition ; on ne trouve rien d'anormal dans les organes thoraciques. La palpation de l'abdomen révèle une douleur spéciale à la pression au niveau d'une petite surface limitée au-dessous de l'appendice xiphoïde ; autrement on ne découvre rien autre d'anormal. La malade se plaint de violentes douleurs immédiatement après le repas, et également après l'ingestion de petites quantités de substances liquides, comme du lait, du bouillon, etc... ; les douleurs continuent habituellement pendant une heure ou deux et sont quelquefois suivies de vomissements.

Elle n'éprouve aucune douleur, quand l'estomac est vide. En outre des troubles gastriques, la malade se plaint de douleurs dans les membres inférieurs, qui sont plus marquées la nuit que le jour. Les jambes sont douloureuses à la pression au niveau des tibias.

En présence de cette histoire clinique, on fit le diagnostic d'ulcère syphilitique de l'estomac, et on soumit la malade à une cure par les frictions, en même temps qu'on administrait l'iodure de potassium. On prescrivit une diète liquide, mais au bout de quatorze jours, quand les douleurs eurent disparu, on permit les aliments semi-liquides et solides. En l'espace de six semaines, sous l'influence du traitement spécifique, la guérison fut complète.

Août 1899. — Mme Carrie W..., âgée de 33 ans environ, a gagné la syphilis sept ans auparavant. Depuis deux ans environ, elle a commencé à avoir des troubles gastriques, souffrant habituellement de douleurs tout de suite après les repas. Quelque temps après, il se produisit une hématémèse abondante. Si l'on s'en rapporte à ses dires, elle prétend avoir vomi environ un quart de litre de sang mêlé aux aliments. Elle avait alors subi une cure complète de traitement pour son ulcère, et avait guéri, sans avoir repris toutefois son premier état de santé ; car elle se plaignait presque constamment de symptômes dyspeptiques, son appétit étant considérablement diminué, en même temps qu'il lui restait de fréquentes éructations, de la gastralgie par moments et de la constipation. A la fin de juillet 1899, survint une seconde hématémèse considérable ; pendant deux jours consécutifs, la malade vomit de gros morceaux de sang, et il

passait également du sang dans les selles, qui étaient de couleur goudron.

Etat présent : 1er août 1899. Au moment de ma visite, la malade est alitée et paraît extrêmement pâle et anémique. Au cœur, on entend un léger murmure présystolique ; autrement on ne découvre rien d'anormal dans les organes thoraciques. A la palpation, l'épigastre est très sensible à une pression légère; il n'y a pas de fièvre ; l'urine ne contient ni sucre, ni albumine. La malade se plaint de douleurs continuelles dans l'estomac, qui s'irradient dans le dos, et sont augmentées même par la nourriture liquide ; elle a également des vomissements. Elle fut mise à une diète liquide sévère ; on lui ordonna le repos absolu au lit et on lui prescrivit deux onces de bismuth, trois fois par jour.

20 août 1899. — Les vomissements ont cessé, et les douleurs sont un peu moins fortes. Le même traitement est continué pendant les quatorze jours suivants, sauf qu'on permet une petite quantité d'aliments semi-liquides ; en outre la malade est autorisée à se lever plusieurs heures par jour.

10 septembre 1899. — L'état de la malade n'a pas changé depuis le 20 août, et les douleurs d'estomac persistent au même degré. En considération des antécédents de syphilis, on pense à la possibilité de l'origine spécifique de l'ulcère gastrique, et la patiente reçoit alors de l'iodure de potassium à doses croissantes, le bismuth étant discontinué. Quelques jours après l'administration de ce remède, la malade commence à avoir moins de douleurs, et au bout de trois semaines elle était complétement délivrée de toute sensation douloureuse de l'estomac. Elle pouvait alors supporter le régime

ordinaire sans le moindre trouble ; elle prit de l'embonpoint et a depuis recouvré la santé.

OBSERVATIONS LXXXVII et LXXXVIII

MAX EINHORN. *Loco citato.*

Tumeur syphilitique de l'estomac.

Avril 1890. C. K..., âgé de 35 ans, fut atteint il y a deux ans de chancre mou avec engorgement des ganglions inguinaux, et éruption cutanée; depuis six mois environ il a souffert de troubles graves de l'estomac. Il était pris de douleurs aussitôt après les repas, et par moments de vomissements ; l'appétit était diminué ; il avait de la constipation. Pendant les six mois derniers, il avait maigri de 20 livres et il se sentait tout à fait faible.

Etat présent. — Le malade paraît un peu pâle, mais n'est pas actuellement cachectique ; on ne trouve rien d'anormal au cœur et aux poumons. La palpation révèle une résistance nodulaire très ferme sur une surface de la dimension d'un œuf d'oie sous le bord gauche des côtes ; cette surface est située sous la paroi abdominale, et peut être tracée de gauche à droite jusqu'à l'appendice xiphoïde. A une profonde inspiration, la tumeur se déplace vers le bas ; et immédiatement au-dessous d'elle, on peut obtenir un bruit de clapotage, de sorte qu'on doit penser que la résistance est localisée à la petite courbure de l'estomac ; l'insufflation de l'es-

tomac avec de l'air donne le même résultat. La région gastrique est tout à fait douloureuse à la pression. A la partie postérieure du thorax, se trouve une tumeur considérable, qui est située à gauche de la ligne épineuse, s'étendant de la troisième à la sixième vertèbre dorsale et présentant au toucher une dureté osseuse. Le contenu de l'estomac est examiné une heure après le repas d'épreuve d'Ewald avec les résultats suivants : HC = o, acidité = 4, acide lactique = o, lab = o ; un peu de liquide, mais beaucoup de mucus mêlé de sang.

La démonstration positive d'une tumeur nodulaire au niveau de la petite courbure de l'estomac aurait suffi à faire le diagnostic de carcinome, qui semblait confirmé par les autres symptômes, s'il n'y avait pas eu d'antécédents de syphilis antérieure en rapports avec les exostoses bien prononcées du dos. Ces deux dernières circonstances me portèrent à croire qu'il s'agissait d'une tumeur syphilitique (gomme) de l'estomac, opinion qui fut aussi partagée par le docteur Louria, de Brooklyn, médecin ordinaire du patient. Le malade fut soumis à une cure complète par les frictions et en outre traité intérieurement par l'iodure de potassium. Sous l'influence de ce traitement, son état s'améliora de jour en jour, de sorte qu'en l'espace de quelques semaines on ne trouvait plus trace des tumeurs de l'estomac et de la colonne vertébrale. Dans la suite, il a complétement guéri.

Avril 1898. — William C.., âgé de 50 ans, a eu un chancre il y a 20 ans, et a été atteint depuis 18 ans de troubles gastriques graves, d'anorexie et d'insomnie ; pas de vomissements ; un voyage en Allemagne améliora son état. Il y a trois ans, le

malade jouissait d'une bonne santé, mais il éprouvait de nouveau des douleurs dans l'abdomen ; l'appétit restait bon. Les douleurs se calmèrent alors, mais revinrent au bout d'un an, et ont persisté actuellement pendant six mois, pendant lesquels le patient perdit 15 livres de son poids. A ce moment il vint sous mon observation. Une légère résistance ovalaire sur une surface de la dimension d'un œuf de poule fut trouvée dans la région épigastrique. L'examen de l'estomac avec un tube donna : à l'état de jeûne, estomac vide ; une heure après le repas d'épreuve HCl + ; acidité = 50. Le malade reçut de l'iodure de potassium, et son état s'améliora. Il augmenta de 15 livres environ, et était remis à la fin de janvier 1899. Pendant cette période, on ne trouvait aucune tumeur. Au commencement de février 1899, il fut atteint de troubles gastriques graves, souffrant de douleurs et de vomissements. En mars 1899, le patient vint une seconde fois sous mon observation, et fut examiné. La résistance existait de nouveau, et était un peu plus facile à palper que l'année précédente. L'estomac contenait à l'état de jeûne des résidus alimentaires. HCl +. On lui administra de l'iodure de potassium et de la résorcine, ainsi que du bismuth, et on entreprit une cure par les frictions. Comme je n'ai pas revu le malade depuis ce temps, je ne peux rien relater de nouveau au sujet du résultat de ce traitement. Cependant il doit résulter clairement de la description précédente, qu'il s'agissait dans ce cas d'une tumeur gommeuse de l'estomac, qui disparut d'abord, puis revint au bout d'un an, intéressant alors très probablement aussi le pylore.

OBSERVATION LXXXIX et XC

MAX EINHORN. *Loco citato.*

Sténose syphilitique du pylore.

Mai 1897. Carl S..., âgé de 37 ans, typographe, a gagné la syphilis en 1890, et a été soumis à un traitement spécifique complet pendant plusieurs mois. Il fut alors bien portant jusqu'en 1894, époque à laquelle il fut atteint de troubles dyspeptiques sérieux. Il était pris habituellement de douleurs quelque temps après le repas, et par moments de vomissements ; l'intestin était paresseux. Ces troubles ont persisté jusqu'au moment actuel, quoiqu'il y ait eu des périodes d'interruption d'une durée de quelques mois, pendant lesquelles les troubles étaient moins prononcés. Pendant la dernière année, l'état du patient était devenu bien pire ; les douleurs avaient été bien plus intenses et les vomissements plus opiniâtres. Il se nourrissait surtout d'aliments liquides et devait se laver l'estomac deux ou trois fois par jour, pendant que d'autre part, suivant ses dires, les douleurs devenaient intolérables. Pendant la dernière année, il avait perdu 30 livres et il se sentait faible et incapable de travailler.

Etat présent: — Le malade paraît très émacié et faible, bien que les lèvres et les joues aient une coloration rougeâtre. Les organes thoraciques sont normaux. A l'inspection de l'abdomen, on note une saillie de la moitié gauche inférieure ; de temps en temps, on observe des saillies semblables à des

collines se mouvant de la gauche vers la droite. La palpation revèle une petite tumeur ovalaire, un peu plus grande qu'un œuf de pigeon, située sous le rebord droit des côtes, sur la ligne mammaire droite. Cette tumeur paraît en relations avec le pylore. L'estomac s'étend en bas jusqu'à la symphyse et est dilaté d'une façon marquée. Cela peut être déterminé non seulement par la présence du bruit de clapotage, mais aussi par l'illumination de l'estomac.

L'examen pratiqué à l'état de jeûne (après avoir ordonné au patient de prendre la veille au soir un plat de riz avec du lait et des biscuits, et de ne pas se laver l'estomac depuis), montre que l'organe contient 300 cmc. de liquide, en outre du chyme (dans ce dernier on peut reconnaître facilement des grains de riz et des particules de pain) ; chimiquement, on peut trouver de l'acide chlorydrique libre dans le contenu gastrique et une acidité de 90.

On fait le diagnostic de sténose bénigne du pylore, et en souvenir des antécédents, on considère comme possible la nature syphilitique de la maladie, et spécialement de la tumeur trouvée au niveau du pylore. Comme traitement, le patient fut d'abord mis à une diète liquide stricte, en outre on prescrivit de la résorcine et du bismuth. Quoique les douleurs aient quelque peu diminué, et que les vomissements se soient produits moins fréquemment, la tumeur resta invariable pendant une période de traitement de 14 jours.

On administra l'iodure de potassium (10 pour 200. Une pleine cuillère à soupe, trois fois par jour) et l'on continua la diète liquide. Au bout de 14 jours, on remarqua que la tumeur avait considérablement diminué en dimensions ; les douleurs avaient presque complétement disparu, et les

vomissements ne se produisaient plus. Comme l'estomac était trouvé vide à l'état de jeûne, la nourriture liquide fut remplacée par une nourriture semi-liquide, et l'administration de l'iodure de potassium fut continuée de la même manière. Au bout d'un second mois, la tumeur ne pouvait plus être sentie, en même temps que l'amélioration de l'état du malade progressait rapidement.

Il pouvait bientôt tolérer également la nourriture solide, et en l'espace de 4 mois, il augmenta de 20 livres.

2 mars 1899. — George W..., âgé de 38 ans, a eu un chancre il y a 18 ans, mais il a toujours joui d'une bonne santé jusque il y a 3 ans. A ce moment il commença à ressentir des douleurs dans la région stomacale (généralement quelque temps après les repas), avec des nausées et parfois des vomissements. Cet état dura environ 3 mois, et disparut alors complétement.

Un an plus tard, les mêmes phénomènes réapparurent et persistèrent pendant 2 ou 3 mois ; pendant ce temps il eut fréquemment des crises de coliques et de la diarrhée. Un état de bien-être exista alors jusqu'en août 1898, époque à laquelle le malade commença à se plaindre d'une sensation de plénitude dans l'abdomen ; l'appétit était considérablement diminué.

Cela continua jusqu'en décembre 1898 ; il survint ensuite des douleurs dans la région stomacale, qui avaient par moments un caractère lancinant, ainsi que des éructations gazeuses fréquentes venant de l'estomac, et une grande quantité de flatulences venant de l'intestin. Pendant la dernière période de la maladie, le patient eut trois attaques de vomissements. Il avait perdu 30 livres en peu de

temps, et se sentait faible et souffrant. Les selles étaient irrégulières, la constipation alternant avec la diarrhée.

Etat présent. — Le malade est de forte stature et ne paraît pas en mauvais état de nutrition ; mais il est un peu pâle ; la langue est chargée d'une façon marquée. Le cœur et les poumons ne présentent rien d'anormal ; le foie est considérablement augmenté de volume et s'étend presque à un travers de main sous le rebord droit des côtes, il est lisse, sensible à la pression, mais non manifestement douloureux. La grande courbure de l'estomac se trouve un peu au-dessus de l'ombilic. De ce point jusqu'au rebord gauche des côtes en haut, on peut déterminer des bruits de clapotage. La région stomacale est un peu sensible à la pression. L'examen de l'estomac pratiqué le 5 mars, une heure après le repas d'épreuve d'Ewald, révèle : H Cl. + ; acidité = 80 ; la quantité du contenu gastrique obtenu atteint 200 cmc. et se compose de liquide, de fines particules de pain et de graisse flottant à la surface du liquide.

Le 7 mars. — A l'état de jeûne, l'estomac contient 100 cmc. de chyme ; H Cl. +.

Le malade est mis à une diète liquide stricte, composée de lait et de gruau ; on administre de la résorcine et du bismuth. Sous l'influence de ce traitement, il se sent un peu mieux ; mais son estomac à l'état de jeûne n'est jamais vide et contient une quantité considérable de suc gastrique mêlé d'un peu de lait et surtout de graisse. Quand le patient est autorisé à prendre de la nourriture plus solide, comme du pain, du riz, etc., on trouve dans l'estomac à jeun des résidus considérables de ces substances. Après un traitement de trois semaines les symptômes de sténose du pylore res-

taient pratiquement invariables, et, en considération des antécédents de syphilis, et de l'existence de l'hypertrophie du foie, j'avais recours à l'administration de l'iodure de potassium, pendant que les remèdes antérieurs étaient discontinués. Pendant la première semaine du traitement ioduré, la cachexie restait invariable, mais la quantité de résidus à l'état de jeûne diminuait graduellement. A partir de la mi-avril, l'estomac à l'état de jeûne était toujours vide, même avec une nourriture solide. Le malade ne se plaignait plus de douleurs, il dormait bien, pouvait rester à une nourriture variée, et augmentait considérablement de poids ; l'hypertrophie du foie diminuait aussi d'une façon perceptible. Depuis lors il a continué à jouir d'une parfaite santé.

OBSERVATION XCI

FREEMAN WARD cité par FOURNIER. *La Syphilis* (1903).

Tumeur de la région pylorique constatée à la laparotomie.

Homme de 38 ans, depuis longtemps malade de l'estomac (troubles dyspeptiques très accentués, douleurs, hématémèses, voire quelques vomissements marc de café, etc.) Pas de tumeur gastrique appréciable, même par examen au chloroforme. Emaciation ; imminence de mort par inanition. On se décide à une intervention chirurgicale, et l'on trouve le pylore occlus par une tumeur du volume d'une orange ; mais, vu l'état du malade, on se contente de pratiquer une gastro-

entérostomie, en remettant une opération plus radicale à des temps meilleurs. Empiriquement, on prescrit l'iodure de potassium. En quelques semaines, grande amélioration ; forte augmentation de poids. Six semaines plus tard on ouvre à nouveau l'abdomen, et l'on ne trouve plus trace de la tumeur !

CONCLUSIONS

Etant donnée l'étude statistique, anatomique et clinique que nous venons de faire, nous pouvons poser les conclusions suivantes :

1° Notre total de 116 cas (dont 91 ont été cités dans ce travail) démontre surabondamment la fréquence de la syphilis de l'estomac, qui dorénavant devra occuper une place importante dans l'étiologie des affections de cet organe ;

2° En présence d'une lésion gastrique, d'ordre banal en apparence, constatée à l'autopsie, on devra toujours avoir recours à l'examen histologique, qui pourra révéler l'origine gommeuse de cette lésion.

3° En présence de symptômes gastriques, rebelles aux traitements ordinaires, on devra toujours penser à la possibilité de l'origine syphilitique de ces symptômes gastriques et instituer un traitement spécifique d'épreuve ;

4° Ce traitement spécifique consistera essentiellement dans les injections de biiodure d'hydrargyre, suivant la méthode qui a déjà valu à notre maître, le professeur Dieulafoy, tant de succès éclatants.

Vu : le Président de la thèse,
DIEULAFOY

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Andral. — Clinique médicale. Paris, 1838, tome II, p. 190.

Aristoff.— Zur kenntniss der syphilitischen Erkrankungen des Magens bei hereditærer Lues. Zeitschr. für Heilk. Berlin, 1898, XIX, 393-413.

Bartumeus (A). — Gastralgia intermitente sifilitica acompañada de vomitos vespertinos y otros accidentes especificos dolorosos. Rev. de cien. méd. Barcelona, 1879, V. p. 348-355.

Baylac (J.) et Chamayou (L.). — Syphilis de l'estomac et pseudo-péritonite par perforation. Archives médicales de Toulouse, 1901, VII, 145-152. D. Echo médical de Toulouse, 1901, n° 12 et 13.

Bertholu. — Statistischer Beitrag zur kenntniss des chronischen Magengeschwürs. Aus den sections protokollen des patholog. Institutes zu Berlin, 1868-1882. Berlin, 1883. Dissertation.

Birch-Hirschfeld. — Lehrbuch der patholog. Anat. IV. Aufl. II, T. 1887.

Bittner (F.). — Zur kenntniss des gummœsen Magensyphilis. Prag. med. Wochenschrift, 1893, XXIII, 581. D. Centralblatt f. allgem. Pathologie. Bd. V., 1894. S. 175.

Boas. — Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten. Leipzig, 1901, p. 231.

Brinton. — On diseases of the Stomach. London, 1859.

Buday. — Virchow's Archives. B. 141. S. 514. Ueber einen ungewöhnlichen Fall von Syphilis.

Capozzi. — Storia di un ulcera chronica dello stomaco. Il. Morgagni, 1867, p. 89.

Cesaris-Demel. — Archivio per le Scienze mediche, 1899. Torino, Vol. XXIII, n° 14. Sulla sifilide gastrica a tipo ulcerativo.

Chiari (H.).— Lues hereditaria mit gummœser Erkrankung des galleleitenden Apparates und des Magens. Prag. med. Wochenschrift, 1885, X. 461-463.

— D. Ueber Magensyphilis. Internat. Beitræge z. Wissenschaftl. Medicin Festschrift zu Virchow's, 70 Geburtstag, 1891, II Theil. S. 296.

— D. Ueber Cystenbildung in d. menschl. Thymus, zugleich. ein Beitr. z. Lehre v. d. « Dubois'schen Abescessen ». Zeitschrift f. Heilk. B. XV, 1894.

Cornil. — Séance de Soc. méd. des hôp., 22 mai 1874, et pl. 11.

— Manuel d'hist. path. de Cornil et Ranvier. p. 796, fig. 287-288.

— Leçons sur la syphilis. Paris, 1879.

Cornillon. — Communication écrite, 1878. In Thèse d'agr. de Raymond.

Dieulafoy. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris, 1897-1898 4e leçon.

— Comm. à l'Acad. de Médecine, séance du 17 mai 1898.

— Manuel de pathologie interne. Tome II. 14e édition, 1904.

— Journal de méd. et de ch. pratiques, 10 déc. 1902.

— La Syphilis. Tome I, n° I. Juillet 1903. Analyse du Dr Lévy-Bing.

Domenici (Emilio). — Contributo alle rarissime localizzazioni della sifilide terziaria. Gazz. d. Osp. Milano, 1902, XXIII, 185-86.

— New-York medical, 3 mai 1902 : A contribution to the rare forms of tertiary syphilis.

Drozda. — Wien. med. Presse, n° 31, 1880. Syphilomes du pancréas et du foie. Ulcère de l'estomac cicatrisé, avec adhérence à la rate. In Galliard.

Dubuc. — Un cas de syphilis de l'estomac. La France médicale, 1er juillet 1898.

— Comm. à la Société de méd. de Paris, séance du 25 juin 1898.

Dujardin Beaumetz. — Gazette des hôpitaux 1866, n° 16. Syphilis tertiaire. Phénomènes du côté du poumon et de l'estomac. Hématémèses. Traitement par l'iodure de potassium. Guérison.

Einhorn (Max). — Syphilis of the stomach. Phila. med. journal, 1900. V. p. 262-266.

— Maladies de l'estomac. Paris, 1901. Traduction de Ferréol. T. Labadie.

Fauvel. — Bulletin de la Soc. Anat. 1858.

Fioupe. — Progrès médical, 1874. Ulcère simple de l'estomac à marche foudroyante. Syphilis probable.

Flexner (S). — Gastric syphilis, with the report of a case of perforating syphilitic ulcer of the stomach. American journal of medical sciences. Phila. 1898, p. 424-432.

— Tr. Ass. Am. Physicians. Phila., 1898. XIII, 102-110, 1 pl.

Fournier (A). — Traité de la syphilis. Tome I : Troubles secondaires du tube digestif, p. 710-724.

— Gaz. hebd. de méd. et de chir., fév. 1871. Note sur certains cas curieux de boulimie et de polydipsie d'origine syphilitique.

— Comm. à l'Académie de médecine, séance du 18 janvier 1898.

— La Syphilis. Tome I, nº 1. Juillet 1903.

Frænkel (E). — München. med. Wochenschrift, 1898. S. 163.

— D. Virchow-Archives. B. 155. Heft 3, 1899.

— D. Médecine moderne, 7 janvier 1899.

Freeman Ward. — In Fournier. La syphilis, juillet 1903.

Frerichs. — Mal. du foie, p. 329. Syphilis. Cicatrice ancienne de l'estomac.

Galliard. — Syphilis gastrique et ulcère simple de l'estomac. Archives générales de médecine, janvier 1886.

Gastou et Babon. — Du chimisme gastrique chez les syphilitiques traités. Bulletins de la Soc. française de Dermat. et de syphiligraphie, Paris 1896, p. 205 et 357.

Goldstein. — Berlin Klin. Woch., p. 265, 1876, in Galliard.

Gouzot. — Contribution à l'étude des maladies syphilitiques de l'estomac. Thèse de Bordeaux, 1886.

Gubler. — Mémoire sur l'ictère qui accompagne quelquefois les éruptions syphilitiques précoces, 1853. D. Gaz. méd. de Paris, 1854. D. Dict. Jaccoud (art. gastrite).

Hastings (Robert W.). — Gastro-enteritis complicating congenital syphilis. Ann. Gynec. and Pediatry. Boston, 1900. XIII. 281-284.

Hayem. — Syphilis tertiaire; hématémèses. Guérison par le traitement spécifique (in Galliard). D, Hayem et Tissier, De la syphilis de l'intestin. Revue de médecine. Paris 1889, p. 231.

Hemmeter. — (J.-C.). Diseases of the Stomach, 1897, p. 556, D. Hemmeter (J.-C). et Stokes (Wm. Royal). Chronic hypertrophic gastritis of syphilitic origin. associated with hyperplastic stenosis of the pylorus. The Johns Hopkins Hospital Reports. Baltimore, 1900. IX. 773-794, 4 fig.

Hiller (A.). — Hæmatemesis in Folge von visceraler syphilis. Monatschefte für praktische Dermat., Hamb., 1882, I, 97-101 (in Galliard).

Jacobs (F.). — Les troubles gastro-intestinaux de la syphilis. Ann. Soc. de méd. d'Anvers, 1896. VIII, 235-244.

Jullien. — De la dilatation de l'estomac dans ses rapports avec la syphilis et son traitement. Gaz. hebd. de méd. et de chir. Paris 1889.

Keser (J.). — Syphilis and gastric ulcer. Brit. M. J. London, 1891, II, 696.

Klebs. — Handbuch der Path. Anat. I-S, 261, 1869.

Lancereaux. — Etude sur les lésions viscérales susceptibles d'être rattachées à la syphilis constitutionnelle. Gaz. Heb., 26 août 1864, obs. IV.

— Traité de la Syphilis, 1866, p. 310.

Lang (T.). — Zur Lehre von der Eingeweidesyphilis. Wiener med. Presse, 1884, nos 36, 37.

Langovoi. — Klinichterki journal, décembre 1901.

— Médecine moderne, 5 février 1902, page 55.

Lublinski (W.). — Syphilis of the stomach. The journal of the American medical Association Chicago, 1900. XXXII, 755-56.

Mackay (W. A.). — The role of Syphilis in the etiology of simple ulcer of the stomach. Lancet. London, décembre 1898, II, 1701.

Malherbe. — Syphilis secondaire et accidents nerveux, hystérie, polydipsie, polyurie. J. des mal. cut. et syph. Paris, 1902, XIV, p. 323-27.

Mamulea (Ion.). — Asupra unui caz de sifilis gastric secundar. Spitalul. Revista medicala. Bucuresci, 1901, XXI, p. 103-108.

Montagne. — Sur les douleurs d'estomac et dans tous les membres, oppression de poitrine et bubon vénérien. Consultations choisies de plusieurs médecins célèbres de l'Université de Montpellier. A Paris, 1750, VI, p. 25-33.

Mracèk. — Lehmann's Atlas : Syphilis und venerische krankheiten, 1898, p. 52.

— Traduit par Emery. Paris, 1900, p. 103.

Murchison. — Transact. of path. Soc. 1870, t. XXI. Syphilis. Cirrhose du foie. Ascite. Ulcère de l'estomac (in Galliard).

Neumann (I.). — Nothnagel's specielle Patholog. u. Therapie. Bd. XXIII. Syphilis. S. 351. Vienne, 1896.

Norden (A.). — Over Maagsyphilis. Academisch Prœfschrift. Amsterdam, 1897.

Oberndorfer. — Virchow's Archives, 1900. 159 B. Ueber

die viscerale Form der congenitalen Syphilis mit specieller Berücksichtigung des Magen. Darmkanales.

— In Sections-journal des Patholog. Instituts, München, 1898, n° 1043.

Oser. — Vierteljahrschrift für Dermat. und Syph., p. 27, 1871. Drei Fælle von Enteritis syphilitica (In Hayem et Tissier).

Raymond. — Des dyspepsies. Thèse d'agr., Paris, 1878.

Robin (W). — Recherches sur l'état des fonctions de l'estomac dans différentes périodes de la syphilis. Gaz. lek., Warszawa, 1902, XXII, 738-747.

Rosanow (P.). — Med. Obozr., Mosk, 1890. n° 7.

— La Semaine médicale, 1890, n° 43.

Rudnew. — Ueber syphilit. Stricturen des Magens. Journal f. normale und path. histiol., pharmacol. und klin. med., 1870.

— Virchow-Hirsch, Jahresbeicht pro 1870, II, S. 464.

Scheib (A). — Syphilis mit gummöser Affection des Magens und Darmes sowie der Lùngen bei einem 51, jährigen Manne. Prager med. Wochenschrift, 1900, p. 537-539 ; 551-552.

Schwimme. — Arch. f. dermat. und syphilis, 1873. Gastro-entérite syphilitique chez un jeune enfant. Guérison par le traitement spécifique (in Galliard).

Staub (A.). — Polydipsie bei syphilis. Monatsch. fur prakt. Dermat., Hamburg, 1896, XXII, p. 11 à 13.

Stolper (P.). — Beitræge zur syphilis visceralis, Magen, Lùngen, Herzsyphilis. Bibliotheca medica. C. Heft, 6. Cassel, 1896.

Tavernier (de Lille). — Monatscheft f. prakt. Dermat., 1887, nº 12. Beitrag zum Stùdium der syphilitischen kranheiten des Magens, von Dr. L. Gouzot.

Topinard. — Gazette des hôpitaux, 5 déc. 1865. Vomissements incoercibles. Traitement antisyphilitique et alimentation par le rectum. Guérison. Développement simultané d'un eczéma généralisé.

Trousseau. — Traité de thérapeutique, 1875, tome I, p. 295, (art. Mercure).

De Tullio (P). — Contributo allo studio delle lesioni funzionali gastriche per sifilide e dei loro mezzi curatin. Policl. Roma, 1893-94, 274-285.

Tymowsky. — Ein Beitrag zu den Magenleiden auf Grund tertiarer Lues. Medycina, nº 50.

— Virchow-Hirsch, Jahresbericht pro 1884, II, 553.

Verni. — Sur une douleur d'estomac avec obstruction sensible à la rate et virus vénérien. Consultations choisies de plusieurs médecins célèbres de l'Université de Montpellier. A Paris, 1750 VIII, p. 306-309.

Virchow. — La syphilis constitutionnelle (traduction de Paul Picard). Paris, 1860.

Wagner (E.). — Das syphilom, oder die constitutionelle syphilitische Neubildung. Arch. f. Heilkunde, 1863, IV. 225.

D. De syphilomate ventriculi. Dissertatio Lipsiæ, 1863.

Weichselbaum. — Bericht der krankenanstalt Rudolfstiftung. Wien, pro 1883, S. 383.

Zawadzki (J.) et Luxenburg (J.). — Contribution to cases of round ulcer of the stomach with alterations of-

syphilitic nature of the blood vessels. Gaz. lek, Warszawa. 1893, 2, s. XIII, 1233,-1240.

D. Virchow-Hirsch, Jahresbericht pro 1893, II Bd.

D. Wien, Med. Presse, 1894, XXXV, 1917, 1958.

Zeissl. — Ueber die syphilis des Magens und Darmes. Wiener med. Presse, 27 avril 1902. D. Médecine moderne, 18 juin 1902, p. 206.

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE I. — Historique en France 11

à l'étranger..... 14

CHAPITRE II. — Etiologie..... 21

CHAPITRE III. — Pathogénie..... 27

CHAPITRE IV. —Anatomie pathologique..... 31

CHAPITRE V. — Symptomatologie : Période secondaire. 47

Période tertiaire.... 53

Appendice : Etude du chimisme gastrique. 63

CHAPITRE VI. — Pronostic..... 69

CHAPITRE VII. — Diagnostic..... 71

CHAPITRE VIII. Traitement..... 75

Observations anatomiques..... 78

cliniques..... 146

CONCLUSIONS..... 205

Imp. de la Faculté de Médecine, H. JOUVE, 15, rue Racine, Paris.